



Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa

Diabetes: Percepção da Doença e Auto-cuidado

Joana Isabel Roque Fernandes Malta

XII Curso de Mestrado em Saúde Pública

2009/2011

Orientadores: Professora Doutora Maria Isabel Loureiro
Dr.^a Teresa Maia

27 de Junho de 2011



Diabetes: Percepção da Doença e Auto-cuidado

Joana Isabel Roque Fernandes Malta

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que, de forma directa e indirecta, me apoiaram nesta etapa do meu percurso enquanto pessoa e profissional. Agradeço a compreensão demonstrada nos momentos de euforia, de entusiasmo, de lágrimas e de desespero.

Sem o incentivo e apoio da família, dos amigos, dos colegas e amigos de mestrado, das colegas e amigas nutricionistas, e do corpo de docentes da ENSP, este projecto não seria possível.

Realço algumas pessoas que directamente contribuíram para a elaboração do meu projecto de investigação:

Professora Doutora Maria Isabel Loureiro

Dr.^a Teresa Maia

Professora Doutora Carla Nunes

Dr.^a Isabel Tavares

Enfermeira Sónia Cavadas

Enfermeira Mestre Dulce Nascimento do Ó

Dr.^a Lucília Martinho

Professor Doutor Osvaldo Santos

Professora Doutora Maria João Figueiras

RESUMO

O aumento da prevalência da diabetes e a baixa adesão ao seu tratamento estão associados a um mau controlo metabólico, desenvolvimento de complicações, aumento dos custos económicos e ineficiência do sistema de saúde. De acordo com o modelo de auto-regulação, o estudo das representações da doença permite predizer os comportamentos dos doentes face a esta patologia.

O objectivo do estudo é verificar a existência de relação entre a forma como os diabéticos tipo 2 percebem a sua doença, de acordo com o modelo de auto-regulação de Leventhal e colaboradores, e a adesão às actividades de auto-cuidado da diabetes.

Consiste num estudo observacional, descritivo, analítico, do tipo transversal, a desenvolver em Cuidados de Saúde Primários. A amostra é constituída por 339 indivíduos diabéticos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 20 anos e com diagnóstico de diabetes tipo 2 há mais de 6 meses. Trata-se de uma amostra probabilística, aleatória simples, seleccionada numa Unidade de Saúde Familiar (USF).

A recolha de dados é realizada através do preenchimento de uma ficha de caracterização socio-demográfica e clínica, a partir do processo clínico electrónico, e através da aplicação de dois questionários de auto-preenchimento. Os resultados são analisados através do *Statistical Program for Social Sciences* (SPSS) – versão 17.0.

Palavras-chave: Percepção da doença, Adesão, Diabetes

ABSTRACT

The increasing prevalence of diabetes and poor adherence to treatment, results to a poor metabolic control, development of complications, increased costs and inefficiencies to the health system. According to the self-regulation model, the study of illness representations predicts behavior towards the disease.

The aim of the study is to verify the existence of a relationship between perception of the disease in type 2 diabetics, according the self-regulation model by Leventhal and colleagues, and adherence to self-care activities of diabetes.

It consists of an observational, descriptive, analytical, cross study to developed in Primary Health Care. The sample consisted of 339 diabetic subjects of both sexes, aged 20 years and above, and diagnosed with type 2 diabetes mellitus for more than six months. This is a simple random, probability sample, selected from a *Family Health Unit*.

Data collection is done by filling in a form of socio-demographic and clinical, from the electronic medical file, and through the application of two self-completion questionnaires. The results are analyzed using the Statistical Program for Social Sciences (SPSS) – version 17.0.

Keywords: Perception of the disease, Adherence, Diabetes

ÍNDICE GERAL

	páginas
AGRADECIMENTOS	3
RESUMO	4
ABSTRACT	5
INTRODUÇÃO	13
I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
<i>1 – Percepção da doença</i>	15
1.a – Modelo de auto-regulação	16
1.a.1 – Etapas do modelo de auto-regulação	18
1.b – Questionário de percepção da doença	19
1.b.1 – Illness Perception Questionnaire (IPQ)	19
1.b.2 - Illness Perception Questionnaire – Revised (IPQ-R)	20
<i>2 – Adesão ao tratamento</i>	21
2.a – Prevalência da adesão	22
2.a.1 – Factores determinantes da adesão ao tratamento	22
<i>3 – Diabetes mellitus</i>	23
3.a – Classificação e Diagnóstico	23
3.b - Prevalência e severidade da diabetes	25
3.b.1 – Complicações	27
3.c – Etiologia e Tratamento	27
3.d – Representação da diabetes	29
3.e – Adesão ao tratamento da diabetes	30
3.e.1 – Prevalência da adesão ao tratamento da diabetes	31
3.e.2 – Factores determinantes da adesão ao tratamento da Diabetes	31
3.e.3 – Medição da adesão ao tratamento da diabetes	32
<i>4 – Justificação do estudo</i>	34

	páginas
5 – <i>Enquadramento conceptual</i>	36
II – FINALIDADE	39
III – OBJECTIVOS DO ESTUDO	40
IV - METODOLOGIA	41
1 – <i>Tipo de estudo</i>	41
2 – <i>População em estudo</i>	41
3 – <i>Amostra</i>	41
4 – <i>Métodos de amostragem</i>	42
5 – <i>Variáveis em estudo</i>	42
6 – <i>Instrumentos de medida e sua caracterização</i>	44
7 – <i>Delineamento do estudo e colheita de dados</i>	48
8 – <i>Questões éticas da investigação</i>	48
9 – <i>Definição e operacionalização das variáveis em estudo</i>	49
V – HIPÓTESES	100
VI – PROCESSAMENTO E ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS	102
VII – DISCUSSÃO DOS PROVÁVEIS RESULTADOS	104
VIII – CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
IV – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108
X – ANEXOS	117
Anexo 1 – Consentimento informado	118
Anexo 2 – Autorizações	120
Anexo 3 – Ficha de caracterização	123
Anexo 4 – IPQ – R, traduzido e adaptado para a diabetes tipo 2	126
Anexo 5 – Escala de actividades de auto-cuidado na diabetes	132
Anexo 6 – Tamanho da amostra	135
Anexo 7 – Orçamento	137

	páginas
Anexo 8 – Cronograma de actividades	139

ÍNDICE DE FIGURAS

	páginas
Figura 1. Modelo de Auto-regulação de Leventhal e colaboradores	17
Figura 2. Algoritmo de tratamento da diabetes tipo 2	28
Figura 3. Enquadramento conceptual	38

ÍNDICE DE QUADROS E TABELAS

	páginas
Tabela 1. Operacionalização da variável Características da amostra: características socio-demográficas (variáveis originais)	50
Tabela 2. Operacionalização da variável Características da amostra: características socio-demográficas (variáveis originais)	51
Tabela 3. Operacionalização da variável Características da amostra: características clínicas (variáveis originais)	52
Tabela 4. Operacionalização da variável Características da amostra: características clínicas (variáveis originais)	53
Tabela 5. Operacionalização da variável Representação da doença: identidade da doença, sentir sintoma (variáveis originais)	53
Tabela 6. Operacionalização da variável Representação da doença: identidade da doença, sentir sintoma (variáveis originais)	54
Tabela 7. Operacionalização da variável Representação da doença: identidade da doença, sentir sintoma (variáveis originais)	55
Tabela 8. Operacionalização da variável Representação da doença: identidade da doença, sentir sintoma (variáveis originais)	56
Tabela 9. Operacionalização da variável Representação da doença: identidade da doença, relacionar sintoma (variáveis originais)	57
Tabela 10. Operacionalização da variável Representação da doença: identidade da doença, relacionar sintoma (variáveis originais)	58
Tabela 11. Operacionalização da variável Representação da doença: identidade da doença, relacionar sintoma (variáveis originais)	59
Tabela 12. Operacionalização da variável Representação da doença: identidade da doença, relacionar sintoma (variáveis originais)	60
Tabela 13. Operacionalização da variável Representação da doença: consequências, duração (cíclica), duração (aguda/crónica), representação emocional, coerência da doença, controlo pessoal e controlo pelo tratamento (variáveis originais)	60

	páginas
Tabela 14. Operacionalização da variável Representação da doença: consequências, duração (cíclica), duração (aguda/crónica), representação emocional, coerência da doença, controlo pessoal e controlo pelo tratamento (variáveis originais)	61
Tabela 15. Operacionalização da variável Representação da doença: consequências, duração (cíclica), duração (aguda/crónica), representação emocional, coerência da doença, controlo pessoal e controlo pelo tratamento (variáveis originais)	62
Tabela 16. Operacionalização da variável Representação da doença: consequências, duração (cíclica), duração (aguda/crónica), representação emocional, coerência da doença, controlo pessoal e controlo pelo tratamento (variáveis originais)	63
Tabela 17. Operacionalização da variável Representação da doença: consequências, duração (cíclica), duração (aguda/crónica), representação emocional, coerência da doença, controlo pessoal e controlo pelo tratamento (variáveis originais)	64
Tabela 18. Operacionalização da variável Representação da doença: consequências, duração (cíclica), duração (aguda/crónica), representação emocional, coerência da doença, controlo pessoal e controlo pelo tratamento (variáveis originais)	65
Tabela 19. Operacionalização da variável Representação da doença: consequências, duração (cíclica), duração (aguda/crónica), representação emocional, coerência da doença, controlo pessoal e controlo pelo tratamento (variáveis originais)	66
Tabela 20. Operacionalização da variável Representação da doença: consequências, duração (cíclica), duração (aguda/crónica), representação emocional, coerência da doença, controlo pessoal e controlo pelo tratamento (variáveis originais)	67
Tabela 21. Operacionalização da variável Representação da doença: consequências, duração (cíclica), duração (aguda/crónica), representação emocional, coerência da doença, controlo pessoal e controlo pelo tratamento (variáveis originais)	68
Tabela 22. Operacionalização da variável Representação da doença: consequências, duração (cíclica), duração (aguda/crónica), representação emocional, coerência da doença, controlo pessoal e controlo pelo tratamento (variáveis originais)	69
Tabela 23. Operacionalização da variável Representação da doença: consequências, duração (cíclica), duração (aguda/crónica), representação emocional, coerência da doença, controlo pessoal e controlo pelo tratamento (variáveis originais)	70
Tabela 24. Operacionalização da variável Representação da doença: consequências, duração (cíclica), duração (aguda/crónica), representação emocional, coerência da doença, controlo pessoal e controlo pelo tratamento (variáveis originais)	71

	páginas
Tabela 25. Operacionalização da variável Representação da doença: consequências, duração (cíclica), duração (aguda/crónica), representação emocional, coerência da doença, controlo pessoal e controlo pelo tratamento (variáveis originais)	72
Tabela 26. Operacionalização da variável Representação da doença: consequências, duração (cíclica), duração (aguda/crónica), representação emocional, coerência da doença, controlo pessoal e controlo pelo tratamento (variáveis originais)	73
Tabela 27. Operacionalização da variável Representação da doença: consequências, duração (cíclica), duração (aguda/crónica), representação emocional, coerência da doença, controlo pessoal e controlo pelo tratamento (variáveis originais)	74
Tabela 28. Operacionalização da variável Representação da doença: consequências, duração (cíclica), duração (aguda/crónica), representação emocional, coerência da doença, controlo pessoal e controlo pelo tratamento (variáveis originais)	75
Tabela 29. Operacionalização da variável Representação da doença: consequências, duração (cíclica), duração (aguda/crónica), representação emocional, coerência da doença, controlo pessoal e controlo pelo tratamento (variáveis originais)	76
Tabela 30. Operacionalização da variável Representação da doença: consequências, duração (cíclica), duração (aguda/crónica), representação emocional, coerência da doença, controlo pessoal e controlo pelo tratamento (variáveis originais)	77
Tabela 31. Operacionalização da variável Representação da doença: consequências, duração (cíclica), duração (aguda/crónica), representação emocional, coerência da doença, controlo pessoal e controlo pelo tratamento (variáveis originais)	78
Tabela 32. Operacionalização da variável Representação da doença: causas (variáveis originais)	78
Tabela 33. Operacionalização da variável Representação da doença: causas (variáveis originais)	79
Tabela 34. Operacionalização da variável Representação da doença: causas (variáveis originais)	80
Tabela 35. Operacionalização da variável Representação da doença: causas (variáveis originais)	81
Tabela 36. Operacionalização da variável Representação da doença: causas (variáveis originais)	82
Tabela 37. Operacionalização da variável Representação da doença: causas (variáveis originais)	83
Tabela 38. Operacionalização da variável Representação da doença: causas (variáveis originais)	84
Tabela 39. Operacionalização da variável Actividades de auto-cuidado na diabetes: alimentação geral (variáveis originais)	85
Tabela 40. Operacionalização da variável Actividades de auto-cuidado na diabetes: alimentação específica (variáveis originais)	86

	páginas
Tabela 41. Operacionalização da variável Actividades de auto-cuidado na diabetes: alimentação específica (variáveis originais)	87
Tabela 42. Operacionalização da variável Actividades de auto-cuidado na diabetes: actividade física (variáveis originais)	88
Tabela 43. Operacionalização da variável Actividades de auto-cuidado na diabetes: monitorização da glicemia (variáveis originais)	89
Tabela 44. Operacionalização da variável Actividades de auto-cuidado na diabetes: cuidados com os pés (variáveis originais)	90
Tabela 45. Operacionalização da variável Actividades de auto-cuidado na diabetes: medicamentos (variáveis originais)	91
Tabela 46. Operacionalização da variável Actividades de auto-cuidado na diabetes: hábitos tabágicos (variáveis originais)	92
Tabela 47. Operacionalização da variável Grupo etário e Duração do diagnóstico da diabetes por grupos (variáveis secundárias)	93
Tabela 48. Operacionalização da variável Representação da diabetes (variáveis secundárias)	94
Tabela 49. Operacionalização da variável Representação da diabetes (variáveis secundárias)	95
Tabela 50. Operacionalização da variável Representação da diabetes (variáveis secundárias)	96
Tabela 51. Operacionalização da variável Representação da diabetes (variáveis secundárias)	97
Tabela 52. Operacionalização da variável Adesão às actividades de auto-cuidado na diabetes (variáveis secundárias)	98
Tabela 53. Operacionalização da variável Adesão às actividades de auto-cuidado na diabetes (variáveis secundárias)	99
Tabela 54. Tamanho da amostra para $p=0,95$. Distribuição do r	136

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ADA – American Diabetes Association

ARS – Administração Regional de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CMSP – Curso de Mestrado em Saúde Pública

DAWN – Diabetes Attitudes, Whishes and Needs

DGS – Direcção Geral de Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EASD – European Association for the Study of Diabetes

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

EUA – Estados Unidos da América

HbA1c – Hemoglobina glicada A1c

IDF – International Diabetes Federation

IPQ – Illness Perception Questionnaire

IPQ – R – Revised Illness Perception Questionnaire

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNPCD – Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes

SDSCA – Summary of Diabetes Self-Care Activities

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPSS – Statistical Program for Social Sciences

UNL – Universidade Nova de Lisboa

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – World Health Organization

INTRODUÇÃO

Este trabalho insere-se no âmbito do XII Curso de Mestrado em Saúde Pública (CMSP), especialização em Promoção e Protecção da Saúde, leccionado na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da Universidade Nova de Lisboa (UNL).

A escolha do tema surgiu naturalmente em consequência da minha actividade profissional como Nutricionista. O contacto diário com indivíduos com necessidade em alterar comportamentos de forma a potenciar a sua saúde, conduziu-me às seguintes perguntas: Porque é que as pessoas se envolvem, ou não, em comportamentos de saúde? Porque é que as pessoas resistem aos tratamentos definidos para o seu próprio benefício? E, porque é que evitam aderir às prescrições medicamentosas e comportamentais?

Factores como a mudança de estilo de vida e as alterações demográficas são apontados como determinantes no aumento da prevalência da diabetes tipo 2. Tal como é reconhecido no Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (PNPCD), a necessidade de implementar estratégias no âmbito da prevenção primária, secundária e terciária é essencial para inverter a tendência de crescimento da diabetes e das suas complicações (Portugal. Ministério da saúde. DGS, 2008).

É reconhecido que a adesão ao tratamento é influenciada por inúmeros factores e que será impossível intervir em todos. A variabilidade das crenças sobre a doença e as emoções a elas associadas, poderão ser o factor determinante na adesão ao tratamento da diabetes. Será que aquilo que o diabético “pensa” sobre a sua doença vai influenciar a sua performance perante o tratamento?

Neste sentido, este projecto de investigação tem como objectivo verificar a existência de relação entre a percepção da doença e a adesão às actividades de auto-cuidado na diabetes.

Este projecto de investigação encontra-se dividido em 10 capítulos: A *Introdução* na qual se faz o enquadramento do projecto de investigação que se apresenta; o *Enquadramento teórico*, no qual se apresenta o resultado da revisão teórica da literatura existente, assim como a justificação do estudo e o enquadramento conceptual; a definição da *Finalidade* e dos *Objectivos* do estudo; a *Metodologia*; a

enunciação das *Hipóteses* a serem testadas; o *Processamento e análise estatística dos dados*; a *Discussão dos prováveis resultados* obtidos; as *Considerações finais*; e, por fim, as *Referências bibliográficas* e os *Anexos*.

I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O aumento da prevalência das doenças crónicas é o reflexo dos processos de industrialização, do urbanismo, do desenvolvimento económico e da globalização alimentar, que conduziram à alteração da dieta alimentar, aumento do sedentarismo e aumento do consumo de tabaco.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define doença crónica como uma doença que tem uma ou mais das seguintes características: ser permanente, produzir incapacidade/deficiências residuais, ser causada por alterações patológicas irreversíveis, obrigar a formação especial do doente para a reabilitação, ou poder exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados (WHO, 2003a). De acordo com a OMS, as doenças crónicas, como são exemplo as doenças cardiovasculares, a diabetes, a obesidade, o cancro e as doenças respiratórias, representavam 59% das 57 milhões de mortes por ano e 46% do total de doenças (WHO, 2003b)

A doença crónica acarreta sofrimento, traduzindo-se em perda de qualidade de vida, perda de produtividade e custos económicos, tendencialmente incomportáveis pela sociedade. Esta requer preparação para auto-gestão da doença, exige recursos, conduz a *outcomes* incertos e gera ansiedade, medo e depressão (Sutton ; Baum ; Johnston, 2004). O diagnóstico de uma doença crónica implica alteração do comportamento, adopção de mecanismos de *coping*, submissão aos tratamentos e compreensão para com as reacções dos familiares e da sociedade. A doença crónica compromete a adaptação a aspectos específicos da doença (por exemplo, como lidar com a dor e com a incapacidade, o desenvolvimento de relação com os profissionais de saúde); e, por outro lado, a manutenção de um adequado balanço emocional, preservação da auto-imagem, competência e habilidades, preservação das relações sociais e familiares e preparação para a incerteza do futuro (Bishop, 1994).

1 - PERCEPÇÃO DA DOENÇA

A forma como as crenças individuais influenciam a percepção que o indivíduo tem sobre a sua saúde e sobre a doença tem sido objecto de estudo da psicologia da saúde. Segundo esta, é com base nos sistemas de crenças individuais que a

informação exterior é interpretada, conferindo uma marca pessoal à forma como o indivíduo percebe e vive a sua saúde e os estados de doença (Figueiras ; Machado ; Alves, 2002). Alguns estudos têm demonstrado que a percepção subjectiva do estado de saúde contribui para a variabilidade de resultados em saúde quer a nível físico quer a nível emocional (Benyamini ; Gozlan ; Kokia, 2004).

Segundo Schoeber e Lacroix (citados por Figueiras ; Machado ; Alves, 2002), existe evidência que suporta a existência de modelos de doença, baseados em esquemas cognitivos flexíveis, através dos quais o indivíduo organiza os atributos da doença, e integra informação que provém do contexto cultural e social com a sua experiência anterior. O modelo de auto-regulação, desenvolvido por Leventhal e colaboradores (citados por Benyamini ; Gozlan ; Kokia, 2004) pretendeu compreender a relação entre a forma como as pessoas entendem o seu estado de saúde e a multiplicidade de *outcomes*.

Durante a década de 80, a psicologia da saúde demonstrou que os indivíduos doentes criam os seus próprios modelos ou representações da doença de forma a conseguir lidar com a situação. O estudo das representações da doença tem sido referido como essencial por, não só potenciar a compreensão dos mecanismos de *coping* adoptados como também promover o desenvolvimento de intervenções que fomentam a auto-gestão da doença crónica (Heijmans ; Ridder, 1998).

1. a - Modelo de auto-regulação

As representações ou cognições da doença são uma temática amplamente estudada por Leventhal e colaboradores (citados por Heijmans ; Ridder, 1998), tendo sido desenvolvido, em 1984, o modelo de auto-regulação para descrever o processo que o indivíduo desencadeia perante uma doença/ameaça à saúde (Bennett, 2002). O indivíduo é considerado como um cientista/médico de senso comum, que tenta compreender e gerir a sua doença. Este modelo propõe que um determinado estímulo gera representações, quer cognitivas quer emocionais, da doença. Ou seja, perante um problema de saúde, o indivíduo tenta reduzir a angústia e recuperar o estado de equilíbrio anterior através de mecanismos de *coping* (Bennett, 2002; Broadbent *et al.*, 2006). Leventhal e colaboradores definiram cognições ou representações da doença como *as crenças implícitas do senso comum que o doente tem sobre as suas doenças* (Odgen, 1999).

As representações, quer cognitivas quer emocionais, são processadas paralelamente segundo três etapas: numa primeira etapa o indivíduo cria representações da doença,

seguidamente adopta estratégias de *coping*, e por fim, avalia a eficácia dessas estratégias. (Figura 1) Este modelo incorpora um ciclo contínuo de *feedback* entre as várias etapas (Broadbent *et al.*, 2006; Sutton ; Baum ; Johnston, 2004), cujas representações são redefinidas de acordo com a evolução da doença, a partir do *feedback* dos profissionais de saúde ou pelo próprio auto-cuidado, e pelo ambiente social (Sutton ; Baum ; Johnston, 2004). Perante a efectividade dos mecanismos de *coping* adoptados, estes podem ser mantidos ou serem actualizadas as representações cognitivas, e consequentemente, serem seguidas novas estratégias de *coping* (Hagger ; Orbell, 2005).

O modelo de auto-regulação postula uma interacção entre os factores ambientais (sociais e culturais) e a doença. A representação da doença e o seu tratamento são influenciados pelas crenças do próprio e da sociedade (Sutton ; Baum ; Johnston, 2004). Por outro lado, ao longo da vida ocorrem alterações nos padrões comportamentais de saúde e de doença, associadas às alterações biológicas inerentes à idade, às patologias e experiências vivenciadas, aos diferentes mecanismos de *coping* adoptados, à estrutura psicológica e ao suporte familiar e social. Desta forma, a idade é um factor que condiciona as representações da doença bem como as estratégias de *coping* seguidas quer na prevenção quer no tratamento das patologias (Petrie ; Weinman, 1997).

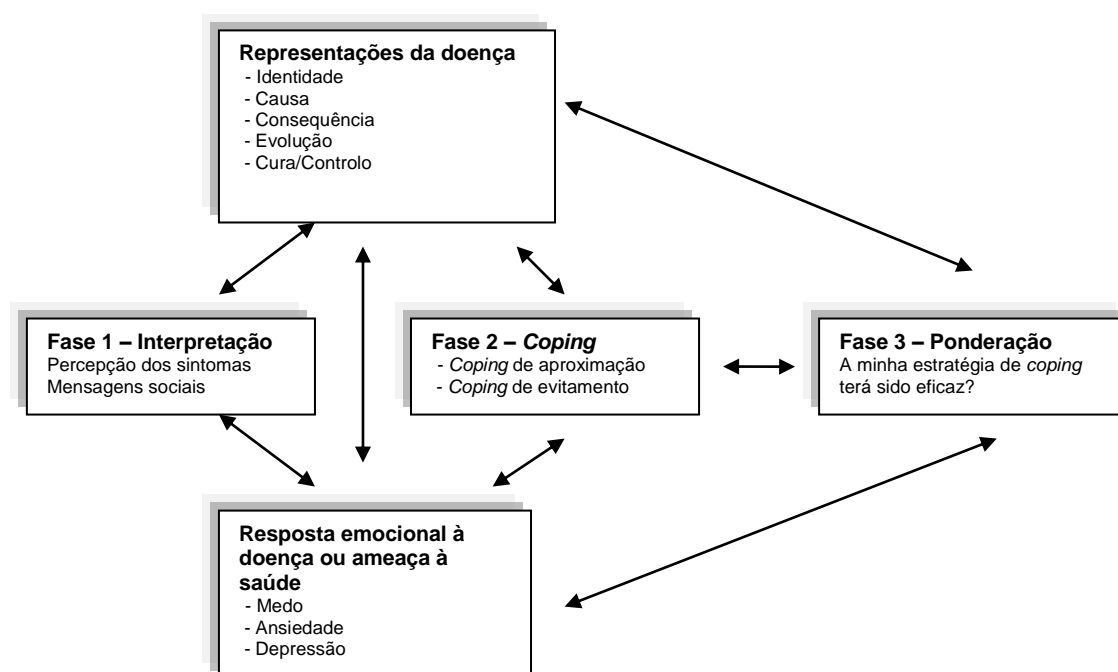


Figura 1 – Modelo de auto-regulação de Leventhal e colaboradores (adaptado de Odgen, 1999)

1.a.1 - Etapas do modelo de auto-regulação

A primeira fase, chamada representação da doença, refere-se à recepção e interpretação da informação obtida pelos sinais e sintomas da doença bem como pelas mensagens sociais. As representações são os alicerces para a tentativa de compreensão e acção perante a doença (Bennett, 2002; Bishop, 1994), sendo estas formuladas, segundo Leventhal e colaboradores, a partir de três fontes: da associação semântica do nome da patologia; das experiências vivenciadas pelo próprio ou pelo grupo social; e pela informação disseminada através da família, amigos, *media*, autoridades de Saúde Pública, entre outros (citados por Bishop, 1994). Factores como traços de neuroticismo ou emoções negativas, factores transitórios, como o estado de humor, o contexto social e o stress são determinantes na variabilidade individual das representações (Bennett, 2002).

Leventhal e colaboradores, através de entrevistas abertas a indivíduos com diagnóstico recente de patologias como diabetes, hipertensão arterial e cancro, identificaram 4 temas comuns sobre a sua doença: *Identidade*, *Duração*, *Causa* e *Consequências*. Em 1983, Hau e Hartman identificaram outra dimensão, a *Cura/Controlo* (citados por Heijmans ; Ridder, 1998). Estas cinco dimensões são consideradas como os blocos que constroem a representação da doença (Sutton ; Baum ; Johnston, 2004) com implicações nos mecanismos de *coping* adoptados:

1. A dimensão *Identidade* refere-se às crenças acerca da definição da doença, determinada a partir da percepção dos sintomas e/ou através das mensagens sociais;
2. A dimensão *Causa* representa as crenças sobre os factores etiológicos da doença (podem ser internos ou externos);
3. A dimensão *Consequência* corresponde às crenças relativas ao impacto da doença sobre a qualidade de vida e capacidade funcional do indivíduo (podem ser físicas, sociais, económicas e emocionais);
4. A dimensão *Duração* refere-se às crenças relativas à cronicidade da doença (pode ser aguda, crónica ou cíclica);
5. A dimensão *Cura/Controlo* refere-se às crenças sobre a curabilidade e controlabilidade das consequências.

As cinco dimensões são distintas mas não independentes, nomeadamente, uma boa percepção das *Consequências* conjuga-se com uma boa *Identidade* da doença, com uma baixa *Controlabilidade* e com uma longa *Duração* (Benyamini ; Gozlan ; Kokia, 2004).

Tem sido demonstrado que todas estas componentes têm impacto na adesão ao regime terapêutico definido, na procura de cuidados médicos, na resposta emocional aos sintomas (Moss-Morris ; Petrie ; Weinman, 1996), no regresso ao trabalho (Heijmans ; Ridder, 1998) e na forma como o indivíduo lida com a doença (Bishop, 1994).

As representações cognitivas englobam aspectos como a *Identidade*, as *Consequências*, as *Causas*, a *Duração* e a *Cura/Controlo* da doença/ameaça à saúde, enquanto que as representações emocionais incorporam emoções negativas, como o medo, a raiva e a angústia (Broadbent *et al.*, 2006; Bishop, 1994)

A segunda etapa do modelo de auto-regulação corresponde à identificação e desenvolvimento de estratégias de *coping*. O comportamento adoptado é determinado por diversos factores reflectindo sempre um processo de *coping*. O *coping* é um processo de redução da perturbação associada à avaliação de ameaças inerentes à experiência de determinados acontecimentos. Tanto as estratégias de *coping* centradas no problema (*coping* que envolve a tentativa de reduzir o stress através da alteração da situação potencialmente stressante) como as centradas na emoção (*coping* centrado na redução directa das emoções negativas) podem ser eficazes na redução da angústia (Bennett, 2002).

Em 1987, Heim e colaboradores, num estudo relativo à natureza da ameaça de cancro, descobriram que as estratégias de *coping* diferem segundo o estadio da doença: recurso a estratégias mais activas (resolução de problemas ou reavaliações positivas) nos estadios iniciais e aumento de estratégias de evitamento à medida que a doença progride (citados por Bennett, 2002).

A terceira fase é a avaliação, em que o indivíduo pondera a eficácia da estratégia de *coping* adoptada, e a mantém ou opta por uma estratégia alternativa.

1. b - Questionário de percepção da doença

1.b.1 - Illness Perception Questionnaire (IPQ)

O IPQ, criado em 1996 por Weinman e colaboradores (citado por Moss-Morris *et al.*, 2002), foi desenvolvido com o objectivo de quantificar as cinco dimensões da representação cognitiva da doença, referentes ao modelo de Leventhal e colaboradores. Este questionário tem sido aplicado e adaptado a várias condições

clínicas, nomeadamente, no âmbito das doenças cardiovasculares, artrite reumatóide, cancro, psoríase, doença pulmonar obstrutiva crónica, síndrome da fadiga crónica, diabetes e doença de Addison. Tem sido igualmente adaptado para a investigação no âmbito da angiografia coronária e testes genéticos, e para cônjuges e cuidadores de indivíduos com doenças de saúde *major* (Moss-Morris *et al.*, 2002).

O IPQ de Weinman e colaboradores é composto pelos cinco componentes de representação da doença, nomeadamente, a escala de *Identidade* com doze itens (sintomas centrais), dez itens na dimensão *Causa*, três na escala de *Duração*, oito na escala de *Consequências* e seis na escala de *Cura/Controlo*. Esta escala apresenta boa validade discriminativa, possibilitando a distinção entre diferentes grupos de doentes a partir das pontuações obtidas para as várias dimensões (Bennett, 2002).

1.b.2 - Illness Perception Questionnaire – Revised (IPQ-R)

Apesar do IPQ ter sido adaptado a várias populações e ser capaz de prever vários aspectos relativos à adaptação e ao tratamento de doenças crónicas, apresenta algumas limitações. Através da revisão de diversos estudos publicados, verificaram-se variações na consistência interna de algumas subescalas do IPQ, nomeadamente, na subescala *Cura/Controlo* e *Duração*. A utilização de análise factorial nesta revisão, conduziu à recodificação da subescala *Cura/Controlo* em *Controlo Pessoal* e em *Controlo pelo Tratamento*; e da subescala *Duração* em *Duração Cíclica* e *Duração (aguda/crónica)* (Moss-Morris *et al.*, 2002).

De acordo com o modelo de auto-regulação, em resposta a uma doença, o indivíduo desenvolve, paralelamente, representações cognitivas e emocionais. Apesar deste postulado, o IPQ original foi desenvolvido para investigar apenas as representações cognitivas da doença, criando uma limitação na sua capacidade de descrever a resposta do indivíduo à patologia. Neste sentido, foram criadas e adicionadas algumas questões relativas à *Representação Emocional* do doente (Moss-Morris *et al.*, 2002).

De forma a verificar até que ponto as representações da doença correspondem a um conhecimento coerente da mesma, Hence criou uma subescala intitulada de *Coerência* da doença (citado por Moss-Morris *et al.*, 2002).

A extensão do IPQ às dimensões *Coerência* da doença e *Representação Emocional* permite ao investigador, por um lado, saber se o indivíduo compreende a sua doença, e por outro, avaliar de que forma as representações emocionais podem afectar os mecanismos de *coping* e consequentemente os resultados em saúde (Moss-Morris *et al.*, 2002).

Desta forma, foi criado o IPQ – R por Moss-Morris e colaboradores. Este está dividido em três secções: A *Identidade* corresponde à primeira secção, e consiste nos doze sintomas usuais, já incluídos no IPQ original (dor, náuseas, falta de ar, perda de peso, fadiga, rigidez nas articulações, olhos inflamados, dores de cabeça, indisposição de estômago, dificuldades em dormir, tonturas e perda de forças), e mais dois sintomas, como as dores de garganta e dificuldade respiratória. O seu preenchimento é feito através da resposta à pergunta “Alguma vez experienciou este sintoma desde o diagnóstico da doença?”, utilizando o formato de resposta “Sim”/“Não”. Seguidamente, é colocada a pergunta “Acha que os sintomas estão relacionados com a sua doença?”, cuja resposta é feita da mesma forma. A soma das respostas positivas, à última pergunta, caracteriza a *Identidade* da doença (Moss-Morris *et al.*, 2002).

As dimensões *Consequências*, *Duração (aguda/crónica)*, *Duração Cíclica*, *Controlo Pessoal*, *Controlo pelo Tratamento*, *Coerência da doença* e *Representação Emocional* são aferidas na segunda parte do IPQ-R, através de uma escala de *Linkert*: discordo plenamente, discordo, nem concordo nem discordo, concordo, e concordo plenamente. Todos os itens do IPQ original foram incluídos nesta versão revista. A maioria dos itens acrescentados foi gerada a partir dos vários estudos que tinham usado o IPQ original (Moss-Morris *et al.*, 2002).

A dimensão *Causa* é a terceira secção, em que é utilizada a mesma escala de *Linkert*, cujo número de itens passou dos dez para os dezoito, aquando da revisão do IPQ original (Moss-Morris *et al.*, 2002).

Segundo Moss-Morris e colaboradores, o IPQ-R tem propriedades psicométricas mais fortes que o IPQ original, nomeadamente, na consistência interna das subescalas *Cura/Controlo* e *Duração*. Estes, verificaram igualmente que a versão revista está em consonância com o IPQ original, tendo sido demonstrado que o IPQ-R tem níveis aceitáveis de estabilidade entre três semanas a seis meses, e que as suas várias dimensões têm uma inter-relação lógica (Moss-Morris *et al.*, 2002).

2 - ADESÃO AO TRATAMENTO

A partir dos anos 70, a problemática da adesão ao tratamento começou a ser considerada como problema científico, apesar do próprio conceito de adesão sofrer alterações ao longo do tempo. Sackett e Haynes, em 1976, definiram concordância (*compliance*) como a extensão em que o comportamento da pessoa coincide com a

prescrição clínica. Já Haynes, Taylor e Sackett, em 1979, passaram a considerar concordância e adesão (*adherence*) como sinónimos. No entanto, Kristeller e Rodin, em 1984, distinguiram estes dois conceitos. A concordância seria a extensão com que o indivíduo seguiria os conselhos e direcções dos profissionais de saúde, com subserviência; enquanto que adesão era associada a um envolvimento activo e voluntário do doente ao tratamento mutuamente definido (citados por Silva *et al.*, 2002; Vermeire *et al.*, 2001; Cramer, 2004; Bishop, 1994; Pitts ; Phillips, 1998; Brawley ; Culos-Reed, 2000; Delametar, 2006). Em 1989, Giliand sugere a existência de dois subtipos do conceito de não-concordância: o não-intencional, segundo o qual o indivíduo não compreende a doença e a sua terapêutica; e o intencional, quando o indivíduo decide conscientemente procurar outra alternativa terapêutica ou a simplifica (Pitts ; Phillips, 1998).

Em 1999, Glasgow e Anderson propuseram o conceito de auto-cuidado (reflecte a frequência absoluta com que os comportamentos de auto-cuidado são realizados e o seu nível de implementação) e auto-gestão da doença (refere-se a um conjunto de competências comportamentais que visam gerir a própria doença) (citados por Silva *et al.*, 2002; Brawley ; Culos-Reed, 2000; Delametar, 2006).

2.a. - Prevalência da adesão

De acordo com vários estudos, nos países desenvolvidos a adesão ao tratamento de doenças crónicas é em média de 50% (WHO, 2003a; Silva *et al.*, 2002), assumindo-se que, por escassez de fontes de informação e iniquidade no acesso aos cuidados de saúde, nos países em desenvolvimento, a magnitude e o impacto da fraca adesão é maior.

2.a.1 - Factores determinantes da adesão ao tratamento

A adesão ao tratamento é determinada pela interacção de múltiplas variáveis que possivelmente interagem entre si. De acordo com Sackett e Haynes (citados por Silva ; Pais-Ribeiro ; Cardoso, 2006a), mais de duzentas variáveis estão relacionadas com a adesão ao tratamento, podendo estas ser agrupadas em cinco categorias; enquanto que Sanchez-Sosa (citado por Silva; Pais-Ribeiro ; Cardoso, 2006a) propõe uma organização em quatro componentes.

Segundo Janz e Becker (citados por Baum *et al.*, 1997), a personalidade e os factores socio-demográficos, bem como a percepção da vulnerabilidade à doença, da sua severidade, da efectividade do tratamento, dos custos e barreiras ao tratamento, são apontados como factores determinantes na adesão ao tratamento. De acordo com Baum e colaboradores, o grau de satisfação com a consulta médica, a comunicação e o tipo de consulta determinam o grau de comprometimento com o tratamento prescrito (Baum *et al.*, 1997). Ainda segundo os mesmos autores, quanto maior for a simplicidade e duração do tratamento maior é o grau de adesão. Já de acordo com Ley (citado por Bennett, 2002), a adesão ao tratamento é condicionada por três factores, nomeadamente, a compreensão do regime terapêutico, a informação retida e a satisfação com a consulta médica. Outros factores como a complexidade do tratamento, as crenças do indivíduo sobre o regime terapêutico, as estratégias de *coping* adoptadas (Silva ; Pais-Ribeiro ; Cardoso, 2006a; Bennett, 2002) bem como a relação entre os custos e benefícios, são determinantes no processo terapêutico. Factores não relacionados com o tratamento, como as representações da doença, as expectativas, a auto-eficácia, o afecto e o apoio familiar são determinantes no grau de empenho do indivíduo (Bennett, 2002).

3 – *DIABETES MELLITUS*

A diabetes *mellitus*, ou simplesmente a diabetes, é considerada como uma condição grave com consequências devastadoras, que afecta todos os grupos etários a nível mundial, quer nos países desenvolvidos quer em desenvolvimento. É uma doença metabólica caracterizada pelo estado de hiperglicemia devido à produção defeituosa de insulina, à incorrecta acção da insulina ou a ambas (Canadian Diabetes Association, 2008; Ferreira ; Veríssimo, 2008). A cronicidade da hiperglicemia está associada a sequelas a longo prazo, potenciando a lesão, a disfunção ou a falha de vários órgãos.

3.a - Classificação e Diagnóstico

A diabetes engloba um grupo de doenças que segundo a American Diabetes Association (ADA) são classificadas em Diabetes tipo 1, Diabetes tipo 2, outros tipos

específicos de diabetes devido a outras causas, e diabetes *mellitus* gestacional (American Diabetes Association, 2009b; Portugal. Ministério da saúde. DGS, 2011a).

A diabetes tipo 1, também denominada diabetes insulino-dependente, resulta da destruição das células β dos ilhéus de *Langerhans* do pâncreas, conduzindo à ausência de produção de insulina, tendo esta que ser administrada através de injeções ou outros mecanismos para o mesmo propósito. É habitualmente diagnosticada na infância e na adolescência, o que lhe confere implicações físicas, psicológicas e sociais com características particulares. Esta corresponde a 5-10% do total de casos de diabetes (Portugal. Ministério da saúde. DGS, 2011a).

A diabetes tipo 2, ou diabetes não insulino-dependente, é a forma mais frequente com uma representação entre os 90 a 95% do total de diabéticos (Ferreira ; Veríssimo, 2008). Resulta da fraca produção de insulina, concomitante com a existência de insulinoresistência, ou de um defeito secretor predominante, coexistindo frequentemente ambas as alterações. Caracteriza-se por ter uma evolução silenciosa, podendo não ser diagnosticada durante muitos anos, o que explica o estadió avançado das complicações aquando do diagnóstico. Está associada a uma forte predisposição genética, complexa e não claramente definida (Saraiva ; Gomes ; Carneiro, 2010), à obesidade, sobretudo abdominal, à hipertensão arterial e à dislipidemia (Portugal. Ministério da saúde. DGS, 2011a).

Outros tipos específicos de diabetes correspondem a situações em que a diabetes é consequência de um processo etiopatológico identificado, tais como, defeitos genéticos das células β , defeitos genéticos na acção da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias diversas e diabetes induzida por químicos ou fármacos (Portugal. Ministério da saúde. DGS, 2011a).

A diabetes gestacional corresponde a qualquer grau de anomalia do metabolismo da glicose e manifesta-se durante o período de gestação. Este tipo de diabetes tende a desaparecer após a gravidez, contudo é apontado como um factor de risco para o desenvolvimento futuro de diabetes tipo 2 (Portugal. Ministério da saúde. DGS, 2011a).

Segundo a Direcção Geral de Saúde (DGS), o diagnóstico de diabetes é feito com base nos seguintes parâmetros e valores para plasma venoso na população geral: glicemia em jejum¹ ≥ 126 mg/dl (≥ 7.0 mmol/l), pelo menos em duas ocasiões; ou

sintomas clássicos² e glicemia ocasional³ $\geq 200\text{mg/dl}$ ($\geq 11.1\text{mmol/l}$), pelo menos em duas ocasiões; ou glicemia após prova de tolerância à glicose⁴ $\geq 200\text{mg/dl}$ ($\geq 11.1\text{mmol/l}$); ou Hemoglobina glicada A1c (HbA1c) $\geq 6,5\%$ (Portugal. Ministério da saúde. DGS, 2011a).

3.b - Prevalência e severidade da diabetes

O aumento da população e da esperança média de vida, a urbanização, o aumento da prevalência de obesidade e a inactividade física são os factores apontados para o aumento da prevalência da diabetes a nível mundial (Wild *et al.*, 2004).

Ao longo do tempo, tem-se determinado a sua prevalência e tentado prevê-la, no entanto, as prevalências esperadas têm sido sempre ultrapassadas: em 1985, estimava-se que 30 milhões de pessoas, em todo o mundo, tinham diagnóstico de diabetes; em 1995, este número aumentou para 135 milhões, e em 2025, seriam esperados 300 milhões de diabéticos; já em 2000, a prevalência estimada a nível mundial foi de 4,6% (151 milhões de pessoas), estando previsto que em 2025, passariam a ser 333 milhões (Benedetti, 2002). Em 2010, existiam 285 milhões de pessoas com diabetes, e previa-se que, em 2030, seriam 438 milhões (7,8% da população mundial) (Colagiuri, 2010).

Para o ano 2000, estimou-se que a nível mundial a prevalência de diabetes seria similar em ambos os sexos, sendo ligeiramente superior nos homens com idade inferior a 60 anos e nas mulheres com idade superior a 65 anos. Nos países em desenvolvimento, estimou-se que a maior prevalência de diabetes ocorria no grupo etário dos 45-64 anos, enquanto que para os países desenvolvidos, em idades superiores a 64 anos (Wild *et al.*, 2004). Segundo Wild e colaboradores, para 2030, espera-se que existam, nos países em desenvolvimento, mais de 82 milhões de pessoas diabéticas com idade igual ou superior a 64 anos, e mais de 48 milhões nos países desenvolvidos (Wild *et al.*, 2004).

1 – Jejum \geq oito horas; 2 – Polifagia, polidipsia, poliúria, perda de peso; 3 – Aferida a qualquer altura do dia independentemente da hora última refeição; 4 – Prova com 75g de glicose diluída em 200ml de água

O aumento da prevalência a nível global, ao longo do tempo, reflecte-se no aumento do número de mortes atribuíveis à doença. Enquanto que, em 2005, foi estimado que 2,9 milhões de mortes eram atribuídas à diabetes, em 2010, estimou-se serem mais de 4 milhões, a nível mundial (Colagiuri, 2010). Em Portugal, de 2006 a 2009, verificou-se um aumento de 874 óbitos por diabetes (Portugal. Observatório Nacional de Diabetes, 2011).

Em Portugal, em 2009, a prevalência de diabetes (diagnosticada e não diagnosticada) era de 12,3%, na faixa etária dos 20 aos 79 anos, e de mais de 25% na faixa etária dos 60 aos 79 anos. Em 2008, por grupos etários, a prevalência de diabetes foi de 2,4% entre os 20 e os 39 anos, 12,6% entre os 40 e os 59 anos e 26,3% entre os 60 e os 79 anos (Portugal. Observatório Nacional de Diabetes, 2010).

A diabetes é uma doença severa com inúmeras complicações que surgem ao longo do tempo. Em 2009, verificou-se que 25% dos internamentos por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e 29% por Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), foram de indivíduos diabéticos. Segundo o relatório do Observatório Nacional de Diabetes, em 2009, 4,2% dos doentes saídos de internamento tinham retinopatia diabética, 25% de pessoas com insuficiência renal crónica em hemodiálise tinham diabetes e 18,3% dos indivíduos em diálise peritoneal eram diabéticos. Em 2006, verificou-se que 2,3% de pessoas com diabetes eram cegas ou amblíopes (Portugal. Observatório Nacional de Diabetes, 2011).

Para além do sofrimento, os seus custos económicos são elevados. Estes incluem custos com os cuidados de saúde, perda de rendimento e custos económicos para a sociedade, perda de produtividade e custos associados às oportunidades perdidas para o desenvolvimento económico (Portugal. Observatório Nacional da Diabetes, 2011). Em 2010, a nível mundial, os custos estimados atribuídos à diabetes, relativos aos sistemas de saúde, representaram 11,6% dos custos totais em saúde (Colagiuri, 2010). Em 2009, em Portugal, estimou-se que a diabetes representou um custo directo entre 1050-1250 milhões de euros. Segundo o relatório anual do Observatório Nacional de Diabetes, de 2010, o consumo de medicamentos para a diabetes aumentou em cerca de 49%, entre 2000 e 2008, em termos de dose diária definida/1000 habitantes/dia. Em 2008, os anti-diabéticos orais constituíram a principal forma de tratamento da diabetes tipo 2. A par desta terapêutica, foram igualmente prescritos anti-hipertensores e anti-dispidemicos (76% e 56%, respectivamente) (Portugal. Observatório Nacional da Diabetes, 2011).

3.b.1 - Complicações

O tratamento da diabetes tem como objectivo a compensação ou controlo metabólico, e consequentemente, a prevenção das complicações agudas (hipoglicemias e hiperglicemias) e crónicas, que constituem, respectivamente, uma ameaça imediata e uma ameaça lenta e progressiva à saúde do indivíduo. O desenvolvimento de complicações crónicas como as doenças cardiovasculares [os diabéticos têm duas a quatro vezes maior risco de sofrer de doenças coronárias e cerebrais que os não diabéticos (Benedetti, 2002; Goebel ; Kretzchmar-Gross, 2002)], nefropatia [complicação microvascular que representa 40% dos casos de insuficiência renal crónica (Benedetti, 2002; Barbas, 2002)], neuropatia [40 vezes maior risco de amputação no diabético em relação ao não-diabético (Benedetti, 2002)] e retinopatia [complicação microvascular que representa 80% dos casos de cegueira na população adulta, apresentando-se como a primeira causa de cegueira (Duarte ; Zeller, 2002)] são o resultado das hiperglicemias e hipoglicemias recorrentes (Silva *et al.*, 2002; Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, 2004). Existe uma forte associação entre a glicemia pós-prandial e o risco cardiovascular, assim como associação entre a hiperglicemia pós-prandial e o stress oxidativo, a inflamação, a espessura da íntima-média da carótida e a disfunção endotelial. A hiperglicemia pós-prandial está fortemente ligada à retinopatia, à disfunção cognitiva nos idosos com diabetes tipo 2 e a determinados cancros. Existe igualmente uma forte associação entre a diabetes mal controlada e a depressão, que por sua vez, poderá criar obstáculos ao controlo da doença (International Diabetes Federation, 2007).

3.c - Etiologia e Tratamento

O envelhecimento da população e o aumento dos factores de risco para a diabetes tipo 2, tais como a obesidade e a inactividade física, têm contribuído para o aumento da sua prevalência.

O controlo da diabetes tipo 2 é baseado numa tríade em que intervêm a alimentação, a actividade física e a terapêutica medicamentosa, tendo como base a educação terapêutica, o controlo metabólico e a monitorização regular da diabetes (Ferreira ; Veríssimo, 2008; Pina e Brito, 2007). A educação terapêutica é um processo que pretende habilitar o doente e sua família a lidar com a doença crónica, sendo considerada como uma componente do tratamento do diabético (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2000).

O regime terapêutico requer que o diabético assuma um papel de agente activo na gestão da sua doença (Silva *et al.*, 2002), devendo ser iniciado o mais precocemente possível (Ferreira ; Veríssimo, 2008; Pina e Brito, 2007).

A ADA, conjuntamente com a European Association for the Study of Diabetes (EASD), definiu um algoritmo de tratamento da hiperglicemia na diabetes tipo 2, cujo objectivo terapêutico é a manutenção da HbA1c <7% (ADA, 2009a; Duarte, 2009). (Figura 2)

Sendo a diabetes uma doença crónica e progressiva, a sua terapêutica pode e deve ser alterada consoante os objectivos terapêuticos estejam ou não a ser cumpridos.

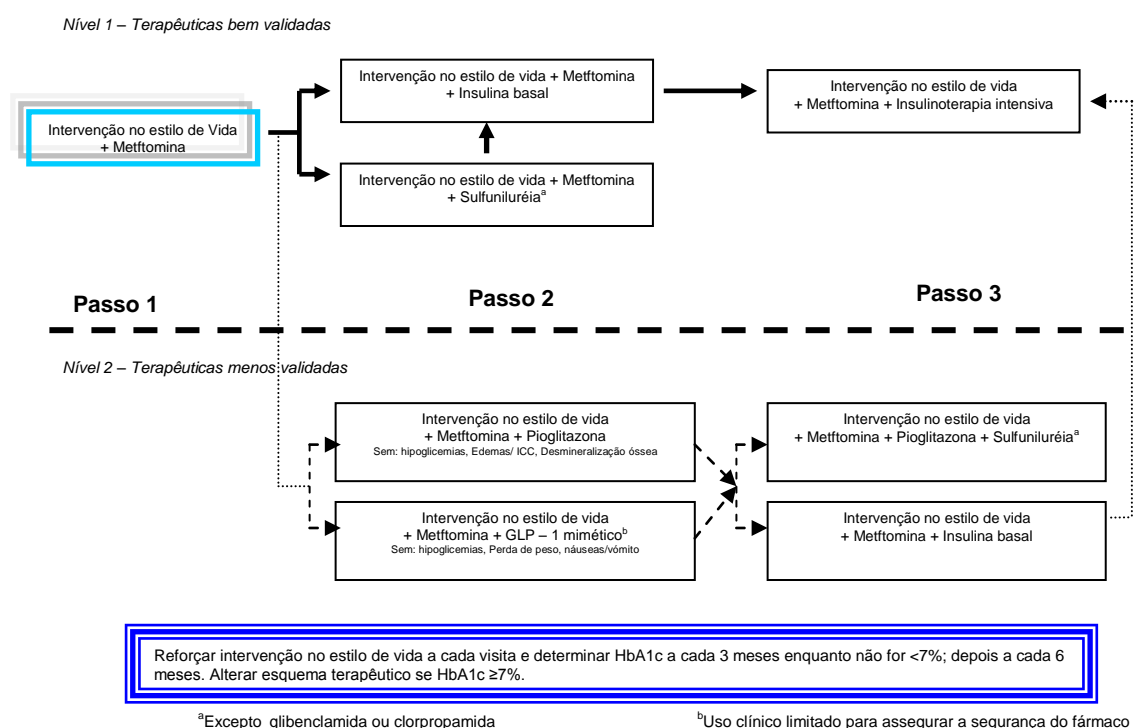


Figura 2 – Algoritmo de tratamento da diabetes tipo 2 (Consenso ADA/EASD 2009)
Adaptado de Nathan *et. al.* Diabetes Care. 2009; 32:193 – 203. (Duarte, 2009)

Segundo a International Diabetes Federation (IDF) parece não existir um limiar glicémico para a redução das complicações, estabelecendo que, o objectivo da terapêutica da diabetes deverá passar por conseguir atingir o status glicémico mais próximo do normal, tanto para a HbA1c, como para a glicemia em jejum e para a glicemia pós-prandial (International Diabetes Federation, 2007).

Segundo a ADA, o controlo metabólico de um diabético envolve o cumprimento de metas terapêuticas no âmbito do metabolismo da glicose, da tensão arterial, dos lípidos sanguíneos, da cessação tabágica, da actividade física regular, do controlo do peso e do perímetro da cintura (American Diabetes Association, 2009b).

3.d - Representação da diabetes

De acordo com Skinner e Hampson, o estudo da percepção da diabetes permite prever as repostas emocionais e comportamentais à doença, e desta forma conduzir a intervenções que potenciem a adesão às actividades de auto-cuidado, e consequentemente, melhorar o controlo desta doença crónica (Skinner ; Hampson 2001).

Vários estudos têm sido conduzidos de forma a estudar as crenças do diabético em relação à sua doença, no âmbito do modelo de auto-regulação de Leventhal e colaboradores. Alguns têm demonstrado relações com consistência positiva entre as várias dimensões da doença, nomeadamente o Controlo, e os comportamentos de cuidado da diabetes, como adequada alimentação, prática de actividade física e monitorização da glicemia capilar (Searle *et al.*, 2008).

Relativamente à *Identidade* da doença, após o seu diagnóstico, a percepção dos sintomas é determinante na performance do diabético perante a sua doença, particularmente, a representação das hipo e hiperglicemias pode conduzir a comportamentos preventivos ou a comportamentos que coloquem em risco a sua vida (Hampson, 1997).

Relativamente às *Causas da diabetes*, uma boa percepção das mesmas parece estar associada a um melhor ajustamento à doença, e à adopção de estratégias de coping mais adequadas (Hampson, 1997). Segundo estudo conduzido por Sissons e Joshi (citados por Hampson, 1997), verificou-se que a hereditariedade, a alimentação e o stress eram consideradas as principais causas da diabetes.

Quanto às dimensões *Duração* e *Consequências*, de acordo com um estudo desenvolvido por Hampson, 89% da amostra considerava a diabetes como uma doença crónica, sem cura conhecida, e com consequências graves (Hampson, 1997). Segundo Searle e colaboradores, a percepção das *Consequências* e do *Controlo* prediz a prática de actividade física e a adesão a hábitos alimentares adequados, respectivamente (Searle *et al.*, 2008).

A auto-eficácia (*Controlo Pessoa*) na diabetes refere-se à capacidade em cumprir as recomendações clínicas relativas à alimentação, actividade física, medicação, entre outras. Indivíduos diabéticos que não acreditem na sua capacidade de controlar a

doença serão provavelmente menos persistentes em tentar fazê-lo. Num estudo transversal, verificou-se que níveis elevados de percepção de *Controlo Pessoal* estavam associados a melhor controlo glicémico, peso mais baixo e melhor ajustamento psicológico (Hampson, 1997). Segundo Searle e colaboradores, as crenças relativas ao *Controlo* são preditivas de comportamentos de auto-cuidado, nomeadamente, alimentação adequada, prática de actividade física e procura de cuidados médicos (Searle *et al.*, 2008). De acordo com Harvey e Lawson, as dimensões *Controlo Pessoal* e *Controlo pelo Tratamento* estão fortemente relacionadas com a HbA1c, ou seja, quanto maior for a auto-eficácia e a confiança na efectividade do tratamento mais baixa é a HbA1c (Harvey ; Lawson, 2009).

A diabetes sendo uma doença crónica com consequências múltiplas ao longo da sua evolução, necessita de reajustes constantes dos mecanismos de auto-regulação, ou seja, interpretação das novas experiências somáticas, definição de diferentes objectivos, adopção de novos mecanismos de *coping* e redefinição dos critérios de avaliação da eficácia das estratégias de *coping* (Sutton ; Baum ; Johnston, 2004).

3.e - Adesão ao tratamento da diabetes

É claro que o tratamento da diabetes implica a adopção de um complexo plano de acções comportamentais de cuidados diários, ao longo de toda a vida. O auto-cuidado exige que o diabético monitorize e se adapte a mudanças ambientais e biológicas, através de modificações adaptativas dos vários componentes que contemplam o tratamento. A OMS descreve a adesão ao auto-cuidado como um processo activo, responsável e flexível, no qual o indivíduo se esforça por atingir um adequado nível de saúde, trabalhando em colaboração com os Profissionais de Saúde, em vez de se limitar a seguir as recomendações que lhe são impostas (WHO, 2003a).

Segundo vários estudos, o tratamento da diabetes exige um envolvimento multidimensional. No entanto, a adesão a uma das dimensões pode não estar relacionada com a adesão às outras dimensões. Segundo Nascimento do Ó e Loureiro, ocorre uma maior adesão à terapêutica medicamentosa do que à alteração do estilo de vida (Nascimento do Ó ; Loureiro, 2007). Desta forma, a definição de não adesão ao tratamento da diabetes é difícil devido às características do próprio tratamento bem como à responsabilidade do próprio diabético e dos seus familiares.

Assim, a avaliação da adesão ao tratamento na diabetes deve ser feita ponderando, separadamente, cada componente de forma independente.

3.e.1 - Prevalência de adesão ao tratamento da diabetes

A variabilidade de prevalências disponíveis na literatura advém da complexidade do tratamento da diabetes, encontrando-se valores diferentes consoante o tipo de auto-cuidado. Segundo Silva e colaboradores, a prevalência de não adesão é de 80% na administração de insulina, e de 93% quando considerada conjuntamente a administração de insulina, cuidados com os pés e auto-monitorização da glicemia (Silva *et al.*, 2002). De acordo com Cramer, a adesão à toma de antidiabéticos orais varia entre os 36 e os 93%, e a administração de insulina é de 63% (Cramer, 2004). Segundo o estudo *Diabetes Attitudes, Whishes and Needs* (DAWN), a adesão à terapêutica medicamentosa é de 78%, à monitorização da glicemia de 64%, à alimentação de 37% e à actividade física de 35% (Delametar, 2006). Por outro lado, Broadbent, Donkin e Stroh verificaram cerca de 86% de adesão à administração diária de insulina, 22% de adesão à alimentação e 17% de adesão ao exercício físico (Broadbent ; Donkin ; Stroh, 2011).

A fraca adesão aos comportamentos de auto-cuidado parece resultar da combinação de diversas características da doença e do seu tratamento, (Silva ; Pais-Ribeiro ; Cardoso, 2006a):

- Trata-se de uma doença crónica sem desconforto imediato, nem risco visível;
- O seu tratamento complexo, intrusivo e inconveniente, implica mudanças do estilo de vida;
- O objectivo do tratamento está relacionado com a prevenção das complicações e não com a cura;
- O diabético associa frequentemente o comportamento de adesão à punição ou a gratificação.

3.e.2 - Factores determinantes da adesão ao tratamento da diabetes

Segundo a OMS, os factores determinantes da adesão ao tratamento da diabetes são os seguintes (WHO, 2003a):

1. Características da patologia e do tratamento:

- a. Complexidade do tratamento: quanto maior for o grau de complexidade, menor é a probabilidade de adesão;
 - b. Duração da doença: relação inversa entre a duração da diabetes e a adesão ao tratamento;
 - c. Prestação de cuidados: quanto maior for o número de profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados de saúde, maior é o envolvimento do no seu tratamento.
2. Factores intra-pessoais:
- a. Idade: relação directa entre a idade e a adesão ao tratamento;
 - b. Sexo: o género feminino apresenta maior adesão ao tratamento;
 - c. Auto-estima: elevados níveis de auto-estima estão relacionados com boa adesão;
 - d. Auto-eficácia: relação directa entre a auto-eficácia e adesão ao tratamento;
 - e. Stress: níveis elevados de stress e problemas emocionais relacionam-se de forma inversa com a adesão;
 - f. Depressão: indivíduos diabéticos com depressão apresentam maior taxa de prevalência de complicações, devido à fraca adesão ao tratamento;
 - g. Consumo abusivo de bebidas alcoólicas: relação inversa entre o consumo de álcool e adesão ao auto-cuidado.
3. Factores inter-pessoais: bom suporte familiar e social, e o estabelecimento de uma relação empática com os profissionais de saúde são factores associados a uma boa adesão ao tratamento.
4. Factores externos e ambientais: alterações governamentais, macro e microeconómicas, políticas, sociais, entre outras, têm influência na adesão ao tratamento, assim como as catástrofes naturais.

3.e.3 - Medição da adesão ao tratamento da diabetes

A medição da adesão ao tratamento da diabetes é um processo complicado e difícil devido à complexidade do regime terapêutico, que envolve diferentes actividades de auto-cuidado. Neste sentido, têm sido utilizadas inúmeras formas de avaliação, nomeadamente, opinião médica, quantificação dos fármacos, questionários de auto-relato, análise bioquímica, entre outras (Toobert ; Hampson ; Glasgow, 2000; Shumaker *et al.*, 1998). Segundo alguns autores, os questionários de auto-relato têm-

se mostrado um método prático e efectivo para avaliar a adesão ao tratamento da diabetes (Toobert ; Hampson ; Glasgow, 2000; Michels *et al.*, 2010).

Uma vez que o auto-cuidado na diabetes inclui uma variedade de actividades que não se correlacionam fortemente entre si, a avaliação da adesão ao tratamento deve ser feita através da apreciação de cada componente separadamente, obtendo vários scores e não um score total. (Toobert ; Hampson ; Glasgow, 2000).

Dos inúmeros questionários utilizados para avaliar a adesão, a escala *Summary of Diabetes Self-Care Activities* (SDSCA) tem sido o instrumento mais usado em estudos realizados nos Estados Unidos da América (EUA). Esta foi desenvolvida para avaliar, de forma sistematizada, a adesão às actividades de auto-cuidado. A SDSCA foi testada quanto às suas propriedades psicométricas, tendo sido considerada como um instrumento fiável e válido. É uma escala multidimensional de auto-gestão da diabetes, com adequada fiabilidade teste-reteste, e evidência de validade e sensibilidade à mudança (Bastos ; Severo ; Lopes, 2006; Michels *et al.*, 2010). A SDSCA mede indirectamente a adesão, através dos níveis de auto-cuidado, não avaliando a concordância com o regime prescrito. Esta avalia as cinco dimensões do tratamento da diabetes: alimentação geral, alimentação específica, exercício, toma da medicação e monitorização da glicemia (Bastos ; Severo ; Lopes, 2006).

A SDSCA original foi revista e reestruturada a partir da revisão de 7 estudos, sendo criada a versão revista da SDSCA. Esta é composta por onze itens para medição dos comportamentos de auto-cuidado na diabetes, apresentando igualmente, outros catorze itens adicionais que podem ser utilizados para investigações mais detalhadas de algumas dessas actividades (Toobert ; Hampson ; Glasgow, 2000). As actividades de auto-cuidado estão agrupadas em seis categorias: alimentação (geral e específica), actividade física, uso de medicação, monitorização da glicemia, cuidados com os pés e hábitos tabágicos. Estas categorias representam actividades distintas do tratamento, realizadas de forma independente pelo diabético. Este reporta a frequência das actividades de auto-cuidado durante os últimos sete dias.

Em 2006, Bastos, Severo e Lopes traduziram e adaptaram culturalmente a SDSCA versão revista, criando a versão portuguesa, Escala de Actividades de auto-cuidado na diabetes (Bastos ; Severo ; Lopes, 2006).

4 - JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

A diabetes tipo 2 pela elevada prevalência que apresenta, pelo significativo aumento da sua incidência ao longo do tempo, pela morbimortalidade que causa e pelos consequentes encargos socioeconómicos, é indubitavelmente um enorme problema de Saúde Pública (Ferreira ; Veríssimo, 2008).

A prevalência aumenta com a idade, para ambos os sexos, e o risco estimado de diabetes *mellitus*, para os Europeus, é de 30 a 40% (Portugal. Entidade Reguladora da Saúde. 2011). Segundo a IDF, 6% da população mundial é diabética (Saraiva ; Gomes ; Carvalheiro, 2010). Em Portugal, entre 2008 e 2009, verificou-se um aumento de 0,6% da prevalência da diabetes, e em 2009, existiam 983 mil pessoas com diabetes, das quais 44% não estavam diagnosticados (Portugal. Observatório Nacional de Diabetes, 2010; Portugal. Observatório Nacional de Diabetes, 2011).

Aproximadamente 75 a 80% dos diabéticos morrem devido a doenças cardiovasculares, apresentando um risco duas a quatro vezes maior de doença coronária que a restante população. A mortalidade prematura causada pela diabetes estima-se em 12 a 14 anos de vida perdidos. O impacto do aumento da diabetes reflecte-se nas despesas da saúde globais, para as quais se prevê um aumento de 30 a 35%, entre 2007 e 2025 (Pina e Brito, 2007).

O controlo da diabetes tipo 2 é baseado numa tríade, Alimentação - Actividade física - Terapêutica medicamentosa, tendo como base a educação terapêutica, o controlo metabólico e a monitorização regular da glicemia (Ferreira ; Veríssimo, 2008; Pina e Brito, 2007). O tratamento da diabetes implica, assim, a adopção de um complexo plano de acções comportamentais de cuidados diários, ao longo de toda a vida.

A fraca adesão ao tratamento conduz a problemas graves no âmbito da prevenção e controlo das doenças crónicas, como a diabetes. Estima-se que 30 a 50% dos doentes independentemente da doença, do tratamento e do prognóstico, não aderem ao regime terapêutico (Vermeire *et al.*, 2001). A OMS aponta para uma taxa de adesão, em pessoas com doenças crónicas, nos países desenvolvidos de 50%, sendo a magnitude e o impacto maiores nos países em desenvolvimento (WHO, 2003a).

A não adesão ao tratamento é considerada como um problema *major* de Saúde Pública. A mortalidade e morbilidade que lhe estão associadas atingem valores desproporcionalmente elevados, com graves repercussões na saúde dos indivíduos e elevados custos económicos. A não adesão ao tratamento é um importante agente causador da ineficiência do sistema de saúde. Os custos directos atribuídos ao mau controlo da doença são três a quatro vezes superiores aos custos de um controlo adequado e eficaz. Os custos indirectos, como a diminuição da produtividade, a reforma antecipada e a morte prematura, têm a mesma magnitude (WHO, 2003a).

A dimensão do problema da não adesão, na diabetes, não é *standard* na literatura, sendo encontrados valores diferentes consoante o tipo de auto-cuidado. Segundo Nascimento do Ó e Loureiro, a adesão a uma das componentes do tratamento não implica a adesão às outras (Nascimento do Ó ; Loureiro, 2007). Este estudo verificou que apenas 36,1% dos diabéticos administrava a insulina segundo o esquema recomendando, 81,4% tomava os antidiabéticos orais, 44,1% aderiu à alimentação, 19,7% praticava actividade física e 48,7% aderiu à auto-monitorização da glicemia (Nascimento do Ó ; Loureiro, 2007). Já o estudo conduzido Broadbent, Donkin e Stroh, verificou cerca de 86% de adesão à administração diária de insulina, 22% de adesão à alimentação e 17% de adesão à actividade física (Broadbent ; Donkin ; Stroh, 2011).

A fraca adesão torna-se uma questão relevante quando se reconhece que a diabetes é considerada como uma das principais causas de cegueira, de insuficiência renal, de amputação dos membros inferiores e uma das principais causas de morte. Para além do sofrimento que as complicações causam no diabético e nos seus familiares, os seus custos económicos são elevados, devido à morbilidade e mortalidade prematuras (Falcão *et al.*, 2008). Em Portugal, em 2009, estimou-se que 6 a 8% da despesa em saúde foi atribuída à diabetes, e que, entre 2000 e 2009, a taxa de crescimento média anual de vendas de anti-diabéticos orais e de insulinas foi de 17 e 10%, respectivamente (Portugal. Observatório Nacional de Diabetes, 2011). Estima-se que cerca de metade de todos os recursos económicos dispendidos no tratamento da diabetes é utilizada no tratamento das complicações (Falcão *et al.*, 2008).

De acordo com o modelo de auto-regulação de Leventhal e colaboradores, o indivíduo quando confrontado com uma doença, cria representações dessa patologia. Estas cognições são formuladas da combinação de variáveis internas e externas (história clínica, personalidade, ambiente social e características demográficas) com a ameaça à saúde. Segundo alguns estudos, representações mais adequadas e desenvolvidas

são preditoras do aumento do envolvimento em comportamentos aconselhados, relevantes para a gestão da doença e para promoção da qualidade de vida (Watkins *et al.*, 2000). Assim, o estudo da percepção da doença tem evidenciado utilidade na implementação de programas de alteração de comportamentos, na gestão da doença e na melhoria dos resultados em saúde (Figueiras ; Alves, 2007; Sutton ; Baum ; Johnston, 2004).

O PNPCD visa atingir objectivos tais como, atrasar o início das complicações *major* da diabetes e reduzir a sua incidência, de forma a diminuir a morbilidade e mortalidade. (Portugal. Ministério da saúde. DGS, 2008). Neste sentido, conhecer a percepção da diabetes e relacioná-la com a adesão ao tratamento, produzirá conhecimento que irá permitir a mudança na prestação dos cuidados de saúde ao diabético, e desta forma, otimizar a adesão ao tratamento e melhorar o controlo metabólico.

5 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Segundo a OMS, a problemática do aumento da prevalência das doenças crónicas é tão grandiosa, que se prevê que em 2020, 80% da carga de doenças nos países em desenvolvimento seja devido a problemas de saúde crónicos. Para além das consequências físicas e psicológicas, estas doenças acarretam prejuízo a nível social, económico e de qualidade de vida (Silva ; Pais-Ribeiro ; Cardoso, 2006b).

Entre as doenças crónicas, a diabetes tipo 2 é uma doença com consequências devastadoras, cuja prevalência tem vindo a aumentar, a nível mundial, afectando todos os grupos etários. Em Portugal, em 2009, existiam cerca de 983 mil diabéticos, tendo sido previsto em 2001, que na segunda década deste século seriam perto de 700 mil (Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, 2001; Portugal. Observatório Nacional de Diabetes, 2011).

O tratamento da diabetes é complexo, exigente e requer responsabilidade. Tem como objectivos a ausência de sintomas de descompensação aguda, a diminuição de

complicações tardias micro e macro vasculares, e a melhoria ou manutenção da qualidade de vida.

É mundialmente reconhecido que a alteração do estilo de vida, o diagnóstico precoce e o início programado da terapêutica farmacológica, parecem ser a forma mais eficaz de minorar o desenvolvimento, a médio e longo prazo, das complicações. No entanto, a prevalência destas tem vindo a aumentar. A diabetes está assim associada a uma elevada taxa de mortalidade, uma marcada morbilidade com repercussões sérias na qualidade de vida, e a elevados custos económicos.

Desta forma, podemos afirmar que a adesão ao tratamento da diabetes é baixa, tal como sugerido nos estudos apresentados na revisão bibliográfica.

A importância dos cuidados de saúde primários tem sido reconhecida desde 1978, aquando da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada na ex-URSS, e da qual resultou a declaração de Alma-Ata. Nesta declaração, os cuidados de saúde primários são definidos como o primeiro nível de contacto da comunidade com o sistema de saúde (Ferreira ; Antunes ; Portugal, 2010). Neste sentido, o PNPCD define uma estrutura de cuidados, baseada nos Cuidados Primários, que pretende assegurar a acessibilidade aos mesmos sempre que um diabético deles precise (Gallego, 2001; Portugal. Ministério da saúde. DGS, 2008).

Numa tentativa de identificar os factores que podem interferir no processo de adesão, a OMS reconheceu cinco grupos, dos quais destacamos dois: factores sociais, económicos e culturais, e factores individuais. Relativamente aos factores sociais, económicos e culturais, destacam-se aspectos como o analfabetismo, o desemprego, as crenças e os costumes dos doentes. Estes factores podem colocar os doentes em situação de desvantagem, levando à necessidade de estabelecer prioridades que podem não ser a adesão ao tratamento. Em relação aos factores individuais, é de salientar a idade, o sexo, a ausência de informação e de conhecimento sobre a doença, a motivação, a confiança no tratamento, a ansiedade, a incapacidade de gerir o regime terapêutico, a falta de percepção da necessidade do tratamento, o medo da dependência ou a discriminação (WHO, 2003a; Bugalho ; Carneiro, 2004).

Vários estudos têm demonstrado que a percepção subjectiva do estado de saúde, contribui para a variabilidade de resultados em saúde, quer em termos físicos quer emocionais (Benyamini ; Gozlan ; Kokia, 2004). Desta forma, o estudo da percepção

da doença é pertinente na medida em que o comportamento adoptado perante a patologia é determinado, em parte, pelas crenças sobre essa doença. Na perspectiva do modelo de auto-regulação de Leventhal e colaboradores, o nível de adesão ao tratamento parece ser indicativo de estratégias de *coping*, que são inteiramente consistentes com a perspectiva do indivíduo em relação à sua doença.

Assim, conhecer o diabético, entender as suas crenças relativas à diabetes, medir a adesão ao auto-cuidado e tentar perceber a relação entre ambas as variáveis, poderá ser importante para identificar factores que estão implicados na adesão ao regime terapêutico. É essencial que os Profissionais de Saúde e a Autoridade de Saúde os saibam reconhecer, para que possam intervir de forma concertada.

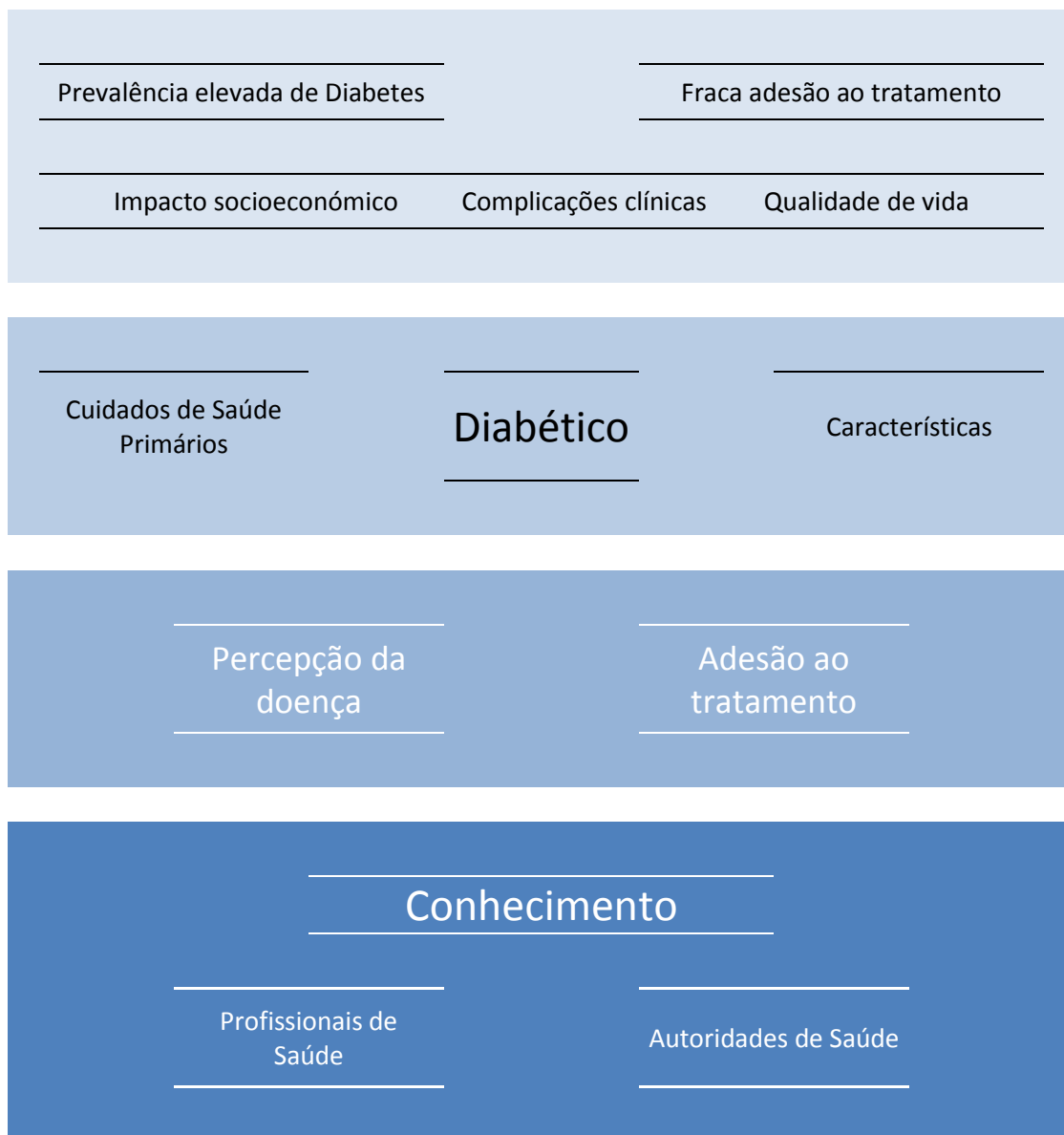


Figura 3 – Enquadramento conceptual

II - FINALIDADE

Este estudo tem como finalidade **verificar a relação** entre as **representações da doença** e a **adesão ao tratamento**, no âmbito da **diabetes tipo 2**, com vista a gerar **conhecimento** que permita **melhorar os cuidados de saúde prestados** ao doente diabético, e conseqüentemente **melhorar** a sua **condição clínica** e **reduzir** os **custos** com a diabetes.

III - OBJECTIVOS DO ESTUDO

O **objectivo geral** consiste em verificar a existência de relação entre as representações da doença e a adesão às actividades de auto-cuidado na diabetes.

Os **objectivos específicos** deste estudo são os seguintes:

1. Caracterizar os utentes com diabetes tipo 2, acompanhados clinicamente em Cuidados de Saúde Primários, segundo as suas características socio-demográficas e clínicas: idade, sexo, grupo étnico, estado civil, habilitações literárias, actividade profissional, duração do diagnóstico da diabetes, terapêutica da diabetes, outras patologias, diagnóstico de complicações, micro e macro vasculares, inerentes à diabetes e auto-avaliação da glicemia;
2. Caracterizar a representação da diabetes, de acordo com o modelo de auto-regulação de Leventhal e colaboradores;
3. Caracterizar a adesão às actividades de auto-cuidado na diabetes, nomeadamente a alimentação geral, alimentação específica, actividade física, monitorização da glicemia, cuidados com os pés, medicamentos e hábitos tabágicos;
4. Verificar a existência de relação entre as dimensões *Identidade, Consequências, Duração (aguda/crónica), Duração Cíclica, Controlo Pessoal, Controlo pelo Tratamento, Coerência da doença, Representação Emocional e Causas* e a adesão às actividades de auto-cuidado na diabetes, nomeadamente, alimentação geral, alimentação específica, actividade física, monitorização da glicemia, cuidados com os pés, medicamentos e hábitos tabágicos;
5. Verificar a existência de relação entre as características socio-demográficas e clínicas da amostra, e as várias dimensões que caracterizam a representação da doença, de acordo com o modelo de auto-regulação de Leventhal e colaboradores;
6. Verificar a existência de relação entre as características socio-demográficas e clínicas e a adesão às actividades de auto-cuidado na diabetes (alimentação geral e específica, actividade física, monitorização da glicemia, cuidados com os pés, medicamentos e hábitos tabágicos).

IV - METODOLOGIA

1. TIPO DE ESTUDO

Tendo em vista os objectivos definidos, este é um estudo de natureza observacional, descritivo, analítico, do tipo transversal.

2. POPULAÇÃO EM ESTUDO

A população em estudo é composta por indivíduos com diagnóstico de diabetes tipo 2.

3. AMOSTRA

A amostra do estudo é composta por indivíduos com diagnóstico de diabetes tipo 2, com acompanhamento clínico em Cuidados de Saúde Primários. A USF deverá ter o processo clínico informatizado, de forma a facilitar o acesso à informação clínica bem como ao agendamento das consultas. A consulta de diabetes deve ser composta por uma equipa multidisciplinar (no mínimo, médico e enfermeiro), na qual são dados conselhos técnicos relativos aos cuidados com os pés, à alimentação e à prática de actividade física. A amostra é composta por diabéticos que frequentaram a consulta médica de diabetes no último ano.

3.a. – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

1. Diagnóstico de diabetes tipo 2 há mais de seis meses;
2. Utente integrado exclusivamente na consulta de diabetes da USF;
3. Utente que seja acompanhado na consulta multidisciplinar de diabetes há pelo menos três meses;
4. Idade superior ou igual a 20 anos.

3.b. – CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

1. Não estar mentalmente apto para participar;
2. Doença psiquiátrica que afecta a sua capacidade de julgamento;
3. Não falar Português;
4. Não saber ler;

5. Viver institucionalizado.

4. *MÉTODOS DE AMOSTRAGEM*

Plano de amostragem probabilístico, aleatório simples, em que o tamanho da amostra foi calculado com base no grau de correlação aferido noutros estudos científicos. Segundo o estudo de Broadbent, Donkin e Stroh, o coeficiente de correlação (r) entre as actividades de auto-cuidado na diabetes e a percepção da doença e do tratamento, variou entre 0,18 e 0,30 (Broadbent ; Donkin ; Stroh, 2011). Considerando um coeficiente de correlação de 0,25, com uma margem de erro de 0,1, aferiu-se que a dimensão da amostra deverá ser de 339. (Anexo 6)

Será efectuada uma correcção de 10% à dimensão da amostra aferida, de forma a compensar a provável incorrecção dos dados de alguns utentes (por exemplo, o contacto não válido) e/ou a não resposta. Estes constituem problemas de amplitude não estimável e dificilmente ultrapassáveis, constituindo sempre limitações.

Os indivíduos diabéticos serão seleccionados com base nas consultas médicas de diabetes realizadas no último ano. Do total de utentes consultados (N) será gerada uma lista de 373 ($339+10\%$) números aleatórios, que definem quais os utentes a serem convidados a participar no estudo.

5. *VARIÁVEIS EM ESTUDO*

5.a.- *DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS*

Para este estudo foram seleccionadas as variáveis a analisar tendo em conta os objectivos formulados:

1. As variáveis **socio-demográficas e clínicas** irão caracterizar a amostra: idade, sexo, grupo étnico, estado civil, habilitações literárias, actividade profissional, duração do diagnóstico da diabetes, terapêutica da diabetes, outras patologias, diagnóstico de complicações, micro e macro vasculares, inerentes à diabetes e auto-avaliação da glicemia;
2. As variáveis que compõem a **variável complexa IPQ – revisto, traduzido para Português e adaptado para a diabetes**, pretendem caracterizar a

percepção da diabetes de acordo com o modelo de auto-regulação. A percepção da diabetes é determinada através da avaliação das crenças relativas à *Identidade*, às *Consequências*, à *Duração Cíclica*, à *Duração (aguda/crónica)*, ao *Controlo Pessoal*, ao *Controlo pelo Tratamento*, à *Representação Emocional*, à *Coerência* da doença e às *Causas* da diabetes;

3. As variáveis que compõem a **variável complexa Escala de actividades de auto-cuidado na diabetes**, pretendem medir a adesão às actividades de auto-cuidado, através da avaliação dos comportamentos relativos à alimentação geral, à alimentação específica, à actividade física, à monitorização da glicemia, aos cuidados com os pés, aos medicamentos e aos hábitos tabágicos.

5.b. TIPO DE VARIÁVEIS

1. **Variáveis dependentes:** As variáveis que compõem a variável complexa Escala de actividades de auto-cuidado na diabetes.
2. **Variáveis independentes:** As variáveis que compõem a variável complexa IPQ – revisto, traduzido para Português e adaptado para a diabetes.
3. **Variáveis de confundimento:**
 - i. **Sexo:** De acordo com Ross, Walker e MacLeod, as actividades de auto-cuidado com a diabetes, como a alimentação e a prática de actividade física, diferem entre os sexos (Ross ; Walker ; MacLeod, 2004). Segundo o estudo de Gimenes, Zanetti e Haas, relativo aos factores relacionados com a adesão do diabético à terapêutica medicamentosa, verificou-se maior adesão no género masculino do que no feminino (Gimenes ; Zanetti ; Haas, 2009). Segundo a OMS, o sexo feminino apresenta maior adesão ao tratamento (WHO, 2003a);
 - ii. **Idade:** Ross, Walker, MacLeod verificaram que quanto mais velhos são os indivíduos com diabetes, maior é a adesão às actividades de auto-cuidado, nomeadamente a adesão à terapêutica medicamentosa (Ross ; Walker ; MacLeod, 2004). Relativamente à percepção da doença, Petrie e Weinman referem que a idade é um factor que condiciona as representações da doença bem como as estratégias de *coping* adoptadas (Petrie ; Weinman, 1997);
 - iii. **Habilitações literárias:** O estudo realizado por Lawson, Bundy e Harvey revelou que, um maior grau de escolaridade pressupõe maiores habilitações para conhecer a doença (Lawson ; Bundy ; Harvey 2007). De acordo com Gimenes, Zanetti e Haas, quanto maior é o nível de

escolaridade maior é a adesão à terapêutica hipoglicemiante (Gimenes ; Zanetti ; Haas, 2009);

- iv. **Medicação para a diabetes:** De acordo com o estudo de Lawson, Bundy e Harvey, quanto mais “pesada” é a medicação prescrita para o tratamento da diabetes, maior é a confiança na efectividade do seu tratamento (Lawson ; Bundy ; Harvey, 2007). Segundo a OMS, quanto maior a complexidade do tratamento, menor é a sua adesão (WHO, 2003a).
- v. **Tempo de diagnóstico:** Jacobson e colaboradores (citados por Silva ; Pais-Ribeiro ; Cardoso, 2006a), num estudo longitudinal, verificaram que o padrão de adesão definido no primeiro ano após o diagnóstico se mantém ao longo do tempo, ocorrendo uma deterioração da adesão à medida que a duração da doença aumenta. Relativamente à adesão à alimentação recomendada, de acordo com os estudos de Garay-Sevilla e colaboradores, em 1995, e de Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso, em 2002, verificou-se que, quanto maior é a duração da diabetes maior é a adesão à alimentação (citados por Silva ; Pais-Ribeiro ; Cardoso, 2006a). Por outro lado, Gimenes, Zanetti e Haas corroboraram a OMS, provando que, quanto maior for a duração da doença, menor é a adesão à terapêutica medicamentosa (Gimenes ; Zanetti ; Haas, 2009; WHO, 2003a).
- vi. **Complicações, micro e macro vasculares, inerentes à diabetes:** Segundo o estudo de Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso, a presença de complicações crónicas inerentes à diabetes parece estar associada a uma maior adesão ao tratamento, principalmente à alimentação e à toma dos anti-diabéticos orais (Silva ; Pais-Ribeiro ; Cardoso, 2006a).

6. INSTRUMENTOS DE MEDIDA E SUA CARACTERIZAÇÃO

As variáveis definidas irão ser medidas através de três ferramentas:

1. **Ficha de caracterização:** Para conhecer as características da amostra foi construído, pelos autores do projecto, um instrumento de recolha das características socio-demográficas e clínicas. (Anexo 3)
2. **Inquérito de Percepção da Doença – revisto, traduzido para Português e adaptado à diabetes:** Esta escala foi traduzida por Figueiras, Machado e

Alves com a autorização dos autores do IPQ-R (Figueiras ; Machado ; Alves, 2002). A escala encontra-se dividida em 3 partes:

A **primeira parte** diz respeito à componente da *Identidade*, e apresenta uma lista de 15 sintomas, sobre os quais o participante deve responder a duas perguntas: “Desde o diagnóstico da diabetes já sentiu este sintoma?” e “Este sintoma está relacionado com a diabetes?”. As possibilidades de resposta são “Sim” ou “Não”. Esta escala tem uma variação de 0 a 15, sendo que o valor mais alto à segunda pergunta, corresponde a uma boa *Identidade*.

A **segunda parte** engloba as subescalas *Duração (aguda/crónica)*, *Consequências*, *Controlo Pessoal*, *Controlo pelo Tratamento*, *Duração Cíclica*, *Representação Emocional* e *Coerência* da doença, que no total correspondem a 38 itens:

- A dimensão *Duração (aguda/crónica)*, é a medição da percepção da duração da doença (6 itens, por exemplo: “A diabetes dura pouco tempo”);
- A dimensão *Duração Cíclica*, mede a extensão da vulnerabilidade e imprevisibilidade da doença (4 itens, por exemplo: “Os sintomas da diabetes vêm e vão em ciclos”);
- A dimensão *Consequências*, mede o impacto que a doença tem na vida dos indivíduos (6 itens, por exemplo: “A diabetes é grave”);
- A dimensão *Controlo*, mede a percepção que o doente tem sobre o controlo da sua doença, e divide-se em duas subdimensões: a subescala *Controlo pelo Tratamento*, mede a efectividade do tratamento que é percebida pelo indivíduo (5 itens, por exemplo: “O tratamento é eficaz na cura da diabetes”); e a subescala *Controlo Pessoal*, mede a auto-eficácia do doente no controlo da sua doença (6 itens, por exemplo: “A evolução da diabetes depende do próprio doente”);
- A subescala *Representação Emocional*, mede o estado emocional que está associado à doença (6 itens, por exemplo: “Fico deprimido quando penso sobre a diabetes”);
- A dimensão *Coerência* da doença, mede até que ponto é que o indivíduo compreende a sua doença (5 itens, por exemplo: “Os sintomas da diabetes confundem-me”).

Os itens são apresentados sequencialmente e o participante deve assinalar para cada item o seu acordo ou desacordo, recorrendo a uma escala de *Linkert*

de 5 pontos – discorda plenamente (1), discorda (2), não discorda nem concorda (3), concorda (4) e concorda plenamente (5). Para alguns itens esta escala deverá ser invertida.

As dimensões *Consequências*, *Representação Emocional*, *Duração (aguda/crónica)* e *Controlo Pessoal* variam entre 6 e 30, em que os valores mais elevados correspondem respectivamente, a uma representação de maior gravidade das consequências da diabetes, a uma representação emocional mais negativa, de maior cronicidade e maior controlo pessoal. As subescalas *Controlo pelo Tratamento* e *Coerência* da doença, variam entre 5 e 25, em que os valores mais elevados correspondem a uma representação de maior eficácia do tratamento e de uma compreensão mais pobre da doença. A subescala *Duração Cíclica*, varia entre 4 e 20, em que os valores mais elevados correspondem a uma representação de evolução cíclica da doença.

A **terceira parte** integra aspectos relacionados com as *Causas*. São identificadas 17 causas que variam entre *Atribuições psicológicas*, *Factores de risco*, *Imunidade* e *Acaso/Destino*:

- A sub-dimensão *Atribuições psicológicas*, refere-se a causas de origem psicológicas (6 itens, por exemplo, “Stress ou preocupação”);
- A sub-dimensão *Factores de risco*, refere-se a causas relativas a comportamentos/estilo de vida de risco (6 itens, por exemplo, “Tipo de alimentação”);
- A sub-dimensão *Imunidade*, refere-se a causas de origem imunológica (3 itens, por exemplo, “Um micróbio ou um vírus”);
- A sub-dimensão *Acaso/Destino*, refere-se a causas de origem accidental ou transcendental (2 itens, por exemplo, “Destino ou má sorte”).

A escala está apresentada sob a forma de escala do tipo *Linkert* de 5 pontos discorda plenamente (1), discorda (2), não discorda nem concorda (3), concorda (4) e concorda plenamente (5), podendo ou não ser estatisticamente tratada como tal.

As sub-dimensões *Atribuições psicológicas* e *Factores de risco* variam entre 6 e 30, a sub-dimensão *Imunidade* varia entre 3 e 15, e a sub-dimensão *Acaso/Destino* varia entre 2 e 10.

Após esta classificação, é pedido que o participante enuncie e organize por ordem de importância, as causas mencionadas ou outras, que lhe pareçam ser as causadoras do aparecimento da sua doença. (Anexo 4)

3. **Escala de actividades de auto-cuidado com a diabetes:** Esta escala de actividades de auto-cuidado com a diabetes, da autoria de Bastos, Severo e

Lopes, foi traduzida e adaptada culturalmente, da SDSCA, de Glasgow, Toobert e Hampson. É um questionário auto-administrado, que se encontra dividido em sete dimensões:

- A **primeira dimensão** corresponde à alimentação geral, que inclui 3 itens com uma consistência interna ($\alpha=0,68$) e uma correlação inter-itens ($r=0,46$);
- A **segunda dimensão** diz respeito à alimentação específica, com consistência interna ($\alpha=0,50$) e uma correlação inter-itens ($r=0,12$), relativa a 6 itens. Esta é subescala da versão traduzida para português, e adaptada culturalmente, que apresenta mais adaptações à realidade portuguesa;
- A actividade física é a **terceira dimensão** com consistência interna ($\alpha=0,63$) e uma correlação inter-itens ($r=0,47$), composta por 2 itens;
- A monitorização da glicemia, composta por 2 itens, representa a **quarta dimensão**;
- O cuidado com os pés corresponde à **quinta dimensão**, com três itens, apresenta uma consistência interna moderada ($\alpha=0,61$, $r=0,36$);
- A **sexta dimensão** é a dimensão medicamentos, com 1 ou 2 itens, apresenta uma correlação item-total baixa ($r=0,22$). É incluída na escala por ser um aspecto fundamental do regime terapêutico;
- A **sétima dimensão**, os hábitos tabágicos, composta por 1 ou 3 perguntas, é considerada separadamente das restantes variáveis, por ser codificada de forma diferente. Para efeitos de análise, é considerada a proporção de fumadores e a média de cigarros consumidos por dia.

A escala encontra-se parametrizada em dias por semana, numa escala de 0 a 7, correspondendo aos comportamentos adoptados nos últimos sete dias, sendo o 0 a situação menos desejável e o 7 a mais favorável, excepto na dimensão Alimentação específica. A escala mede indirectamente a adesão, através dos níveis de auto-cuidado, não avaliando a concordância com o regime prescrito. O nível de adesão, por dimensão, é obtido pela soma dos itens de cada dimensão e dividido pelo número de itens. Os resultados (médias) são expressos em dias por semana (Bastos ; Severo ; Lopes, 2006). (Anexo 5)

7. DELINEAMENTO DO ESTUDO E COLHEITA DE DADOS

A recolha de dados será realizada numa USF, após serem obtidas as autorizações necessárias junto do Coordenador do Conselho Clínico do Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES) e do Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde (ARS) (Anexo 2).

Recorrendo ao suporte informático do agendamento de consultas, verificar-se-ão as consultas realizadas no último ano, e seleccionar-se-á a amostra de acordo com os critérios de selecção.

Posteriormente, cada indivíduo seleccionado será contactado telefonicamente pelo investigador. Os participantes serão elucidados sobre a natureza da investigação, o estatuto do investigador e sobre os objectivos gerais do estudo, sendo garantido o anonimato e a confidencialidade. Após confirmação da participação, será enviada uma convocatória para o domicílio para comparência na USF numa data a definir.

O contacto com os participantes será feito num gabinete fechado, no qual se encontra presente o investigador. Antes de se proceder à recolha de dados, serão tidos em consideração alguns aspectos éticos, nomeadamente, elucidação sobre o objectivo do estudo, assim como sobre a confidencialidade dos dados, para que participação seja voluntária. Assim, após a leitura e assinatura do consentimento autorizando a participação (Anexo 1), proceder-se-á ao preenchimento do IPQ-R versão portuguesa e adaptada para a diabetes, e da Escala de actividades de auto-cuidado na diabetes. Quanto ao modo de preenchimento, estes são de auto-preenchimento, no entanto, espera-se que a maioria seja preenchida pelo investigador.

A recolha da informação relativa à ficha de caracterização da amostra será feita pelo investigador, por consulta do processo clínico informatizado.

8. QUESTÕES ÉTICAS DA INVESTIGAÇÃO

A recolha de dados só será efectuada com a autorização do Presidente do conselho directivo da ARS e do Coordenador do conselho clínico da ACES da USF a participar no estudo.

Os participantes do estudo terão que concordar em participar, assinar o consentimento informado e responder aos questionários. Com o consentimento informado pretende-se garantir a voluntariedade e o anonimato dos dados recolhidos.

9. DEFINIÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO

A definição e operacionalização das variáveis originais e secundárias, em estudo, encontram-se nas tabelas que se seguem e estão organizadas de acordo com os três instrumentos de recolha de dados.

Tabela 1. Operacionalização da variável Características da amostra: características socio-demográficas (variáveis originais)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
Sexo (SEX)	Registo do sexo do participante	Ficha de caracterização: A - Caracterização socio-demográfica. Ponto 1	Qualitativa nominal dictómica	1: Feminino 2: Masculino
Idade (ID)	Registo da idade do participante, expresso em anos	Ficha de caracterização: A - Caracterização socio-demográfica. Ponto 2	Quantitativa discreta	Valores expressos em anos
Grupo étnico (ETNIA)	Registo da etnia do participante	Ficha de caracterização: A - Caracterização socio-demográfica. Ponto 3	Qualitativa nominal polidictómica	1: Branco/Europeu 2: Asiático 3: Africano 4: Indiano 5: Outros
Estado civil (E_CIV)	Registo do estado civil do participante	Ficha de caracterização: A - Caracterização socio-demográfica. Ponto 4	Qualitativa nominal polidictómica	1: Solteiro 2: Casado 3: Divorciado 4: Viúvo 5: Separado 6: União de facto

Continuação

Tabela 2. Operacionalização da variável Características da amostra: características socio-demográficas (variáveis originais)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
Habilitações literárias (HAB_LIT)	Registo das habilitações literárias do participante	Ficha de caracterização: A - Caracterização socio-demográfica. Ponto 5	Qualitativa nominal polidictómica	1: Não sabe ler nem escrever 2: 1º ciclo do ensino básico 3: 2º ciclo do ensino básico 4: 3º ciclo do ensino básico 5: Ensino superior 6: Curso profissional
Actividade profissional (ACT_P)	Registo da actividade profissional do participante	Ficha de caracterização: A - Caracterização socio-demográfica. Ponto 6	Qualitativa nominal polidictómica	1: Reformado 2: Quadros superiores da administração pública, dirigente e quadros superiores 3: Técnico e profissional de nível intermédio de empresa 4: Pessoal administrativo e similares 5: Pessoal dos serviços e vendedor 6: Agricultor e trabalhador qualificado da agricultura e pescas 7: Operário artífice e trabalhador similar 8: Operador de instalações e máquinas e trabalhador de montagem 9: Trabalhador não qualificado 10: Desempregado

Tabela 3: Operacionalização da variável Características da amostra: características clínicas (variáveis originais)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
Duração do diagnóstico da diabetes (DUR_DIA)	Registro do período de tempo desde o diagnóstico da diabetes até à participação no estudo, registrado em meses	Ficha de caracterização: B - Caracterização clínica. Ponto 7	Quantitativa discreta	Valores expressos em meses
Terapêutica da diabetes (TERAP_DIA)	Registro dos componentes do tratamento da diabetes, do participante	Ficha de caracterização: B - Caracterização clínica. Ponto 8	Qualitativa nominal polidictômica	1: Adequação do estilo de vida 2: Antidiabéticos orais 3: Insulina 4: Antidiabéticos orais e Insulina
Outras patologias (OUT_PAT)	Registro de outras patologias já diagnosticadas, ao participante	Ficha de caracterização: B - Caracterização clínica. Ponto 9	Qualitativa nominal dictômica	1: Sim 0: Não
Diagnóstico de complicações micro e/ou macro vasculares inerentes à diabetes (COMPL_DIA)	Registro de complicações micro e/ou macro vasculares, derivadas da diabetes, já diagnosticadas ao participante	Ficha de caracterização: B - Caracterização clínica. Ponto 10	Qualitativa nominal dictômica	1: Sim 0: Não

Continuação

Tabela 4: Operacionalização da variável Características da amostra: características clínicas (variáveis originais)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
Auto-avaliação da Glicemia (GLIC)	Registo da realização da auto-avaliação da glicemia, do participante	Ficha de caracterização: B - Caracterização Clínica. Ponto 11	Qualitativa nominal dictómica	1: Sim 0: Não

Tabela 5. Operacionalização da variável Representação da doença: identidade da doença, sentir sintoma (variáveis originais)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
Já sentiu este sintoma: Dores (SDOR_S)	Registar se o participante já sentiu o sintoma, dores, desde o diagnóstico da diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto A1	Qualitativa nominal dictómica	1: Sim 0: Não
Já sentiu este sintoma: Vontade frequente de comer (SV_COM_S)	Registar se o participante já sentiu o sintoma, vontade frequente de comer, desde o diagnóstico da diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto A2	Qualitativa nominal dictómica	1: Sim 0: Não

Continuação

Tabela 6. Operacionalização da variável Representação da doença: identidade da doença, sentir sintoma (variáveis originais)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
Já sentiu este sintoma: Náuseas (SNAUS_S)	Registrar se o participante já sentiu o sintoma, náuseas, desde o diagnóstico da diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto A3	Qualitativa nominal dictômica	1: Sim 0: Não
Já sentiu este sintoma: Falta de ar (SF_AR_S)	Registrar se o participante já sentiu o sintoma, falta de ar, desde o diagnóstico da diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto A4	Qualitativa nominal dictômica	1: Sim 0: Não
Já sentiu este sintoma: Perda de peso (SP_PES_S)	Registrar se o participante já sentiu o sintoma, perda de peso, desde o diagnóstico da diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto A5	Qualitativa nominal dictômica	1: Sim 0: Não
Já sentiu este sintoma: Fadiga (cansaço) (SFAD_S)	Registrar se o participante já sentiu o sintoma, fadiga, desde o diagnóstico da diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto A6	Qualitativa nominal dictômica	1: Sim 0: Não
Já sentiu este sintoma: Dor no peito (SD_PEIT_S)	Registrar se o participante já sentiu o sintoma, dor no peito, desde o diagnóstico da diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto A7	Qualitativa nominal dictômica	1: Sim 0: Não

Continuação

Tabela 7. Operacionalização da variável Representação da doença: identidade da doença, sentir sintoma (variáveis originais)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
Já sentiu este sintoma: Rigidez nas articulações (SR_ART_S)	Registrar se o participante já sentiu o sintoma, rigidez das articulações, desde o diagnóstico da diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto A8	Qualitativa nominal dictômica	1: Sim 0: Não
Já sentiu este sintoma: Irritabilidade (SIRR_S)	Registrar se o participante já sentiu o sintoma, irritabilidade, desde o diagnóstico da diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto A9	Qualitativa nominal dictômica	1: Sim 0: Não
Já sentiu este sintoma: Muita sede (SSED_S)	Registrar se o participante já sentiu o sintoma, muita sede, desde o diagnóstico da diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto A10	Qualitativa nominal dictômica	1: Sim 0: Não
Já sentiu este sintoma: Dores de cabeça (SD_CAB_S)	Registrar se o participante já sentiu o sintoma, dores de cabeça, desde o diagnóstico da diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto A11	Qualitativa nominal dictômica	1: Sim 0: Não
Já sentiu este sintoma: Indisposição de estômago (SI_EST_S)	Registrar se o participante já sentiu o sintoma, indisposição de estômago, desde o diagnóstico da diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto A12	Qualitativa nominal dictômica	1: Sim 0: Não

Continuação

Tabela 8. Operacionalização da variável Representação da doença: identidade da doença, sentir sintoma (variáveis originais)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
Já sentiu este sintoma: Dificuldade em dormir (SD_DOR_S)	Registrar se o participante já sentiu o sintoma, dificuldade em dormir, desde o diagnóstico da diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto A13	Qualitativa nominal dictômica	1: Sim 0: Não
Já sentiu este sintoma: Tonturas (STONT_S)	Registrar se o participante já sentiu o sintoma, tonturas, desde o diagnóstico da diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto A14	Qualitativa nominal dictômica	1: Sim 0: Não
Já sentiu este sintoma: Perda de forças (SP_FOR_S)	Registrar se o participante já sentiu o sintoma, perda de forças, desde o diagnóstico da diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto A15	Qualitativa nominal dictômica	1: Sim 0: Não

Tabela 9. Operacionalização da variável Representação da doença: identidade da doença, relacionar sintoma (variáveis originais)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
Este sintoma está relacionado com a diabetes: Dores (SDOR_R)	Registrar se o participante acha que o sintoma, dores, está relacionado com a diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto B1	Qualitativa nominal dictómica	0: Sim 1: Não
Este sintoma está relacionado com a diabetes: Vontade frequente de comer (SV_COM_R)	Registrar se o participante acha que o sintoma, vontade frequente de comer, está relacionado com a diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto B2	Qualitativa nominal dictómica	1: Sim 0: Não
Este sintoma está relacionado com a diabetes: Náuseas (SNAUS_R)	Registrar se o participante acha que o sintoma, náuseas, está relacionado com a diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto B3	Qualitativa nominal dictómica	0: Sim 1: Não
Este sintoma está relacionado com a diabetes: Falta de ar (SF_AR_R)	Registrar se o participante acha que o sintoma, falta de ar, está relacionado com a diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto B4	Qualitativa nominal dictómica	0: Sim 1: Não
Este sintoma está relacionado com a diabetes: Perda de peso (SP_PES_R)	Registrar se o participante acha que o sintoma, perda de peso, está relacionado com a diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto B5	Qualitativa nominal dictómica	1: Sim 0: Não

Continuação

Tabela 10. Operacionalização da variável Representação da doença: identidade da doença, relacionar sintoma (variáveis originais)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
Este sintoma está relacionado com a diabetes: Fadiga (cansaço) (SFAD_R)	Registrar se o participante acha que o sintoma, fadiga, está relacionado com a diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto B6	Qualitativa nominal dictômica	1: Sim 0: Não
Este sintoma está relacionado com a diabetes: Dor no peito (SD_PEIT_R)	Registrar se o participante acha que o sintoma, dor no peito, está relacionado com a diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto B7	Qualitativa nominal dictômica	0: Sim 1: Não
Este sintoma está relacionado com a diabetes: Rigidez nas articulações (SR_ART_R)	Registrar se o participante acha que o sintoma, rigidez nas articulações, está relacionado com a diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto B8	Qualitativa nominal dictômica	0: Sim 1: Não
Este sintoma está relacionado com a diabetes: Irritabilidade (SIRR_R)	Registrar se o participante acha que o sintoma, irritabilidade, está relacionado com a diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto B9	Qualitativa nominal dictômica	0: Sim 1: Não
Este sintoma está relacionado com a diabetes: Muita sede (SSED_R)	Registrar se o participante acha que o sintoma, muita sede, está relacionado com a diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto B10	Qualitativa nominal dictômica	1: Sim 0: Não

Continuação

Tabela 11. Operacionalização da variável Representação da doença: identidade da doença, relacionar sintoma (variáveis originais)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
Este sintoma está relacionado com a diabetes: Dores de cabeça (SD_CAB_R)	Registrar se o participante acha que o sintoma, dores de cabeça, está relacionado com a diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto B11	Qualitativa nominal dictômica	0: Sim 1: Não
Este sintoma está relacionado com a diabetes: Indisposição de estômago (SI_EST_R)	Registrar se o participante acha que o sintoma, indisposição de estômago, está relacionado com a diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto B12	Qualitativa nominal dictômica	0: Sim 1: Não
Este sintoma está relacionado com a diabetes: Dificuldade em dormir (SD_DOR_R)	Registrar se o participante acha que o sintoma, dificuldade em dormir, está relacionado com a diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto B13	Qualitativa nominal dictômica	0: Sim 1: Não
Este sintoma está relacionado com a diabetes: Tonturas (STONT_R)	Registrar se o participante acha que o sintoma, tonturas, está relacionado com a diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto B14	Qualitativa nominal dictômica	1: Sim 0: Não

Continuação

Tabela 12. Operacionalização da variável Representação da doença: identidade da doença, relacionar sintoma (variáveis originais)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
Este sintoma está relacionado com a diabetes: Perda de forças (SP_FOR_R)	Registrar se o participante acha que o sintoma, perda de forças, está relacionado com a diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto B15	Qualitativa nominal dictômica	1: Sim 0: Não

Tabela 13. Operacionalização da variável Representação da doença: consequências, duração (cíclica), duração (aguda/crónica), representação emocional, coerência da doença, controlo pessoal e controlo pelo tratamento (variáveis originais)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
A diabetes dura pouco tempo (DIA_DPOU_TEMP)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, com a diabetes durar pouco tempo	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto C1	Qualitativa ordinal	5: Discordo plenamente 4: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 2: Concordo 1: Concordo plenamente

Continuação

Tabela 14. Operacionalização da variável Representação da doença: consequências, duração (cíclica), duração (aguda/crônica), representação emocional, coerência da doença, controlo pessoal e controlo pelo tratamento (variáveis originais)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
A diabetes é uma doença mais permanente que temporária (DIA_MPERM_TEMP)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, com a diabetes ser uma doença mais permanente do que temporária	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto C2	Qualitativa ordinal	1: Discordo plenamente 2: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 4: Concordo 5: Concordo plenamente
A diabetes dura muito tempo (DIA_DMUIT_TEMP)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, com a diabetes durar muito tempo	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto C3	Qualitativa ordinal	1: Discordo plenamente 2: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 4: Concordo 5: Concordo plenamente
A diabetes passa depressa (DIA_PAS_DEPR)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, com a diabetes passar depressa	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto C4	Qualitativa ordinal	5: Discordo plenamente 4: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 2: Concordo 1: Concordo plenamente

Continuação

Tabela 15. Operacionalização da variável Representação da doença: consequências, duração (cíclica), duração (aguda/crónica), representação emocional, coerência da doença, controlo pessoal e controlo pelo tratamento (variáveis originais)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
A diabetes dura para o resto da vida (DIA_DREST_VID)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, com a diabetes durar para o resto da vida	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto C5	Qualitativa ordinal	1: Discordo plenamente 2: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 4: Concordo 5: Concordo plenamente
A diabetes é grave (DIA_GRAV)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, com a diabetes ser grave	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto C6	Qualitativa ordinal	1: Discordo plenamente 2: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 4: Concordo 5: Concordo plenamente
A diabetes afecta seriamente a forma como o doente se vê enquanto pessoa (DIA_AFEC_PESS)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, com a diabetes afectar seriamente a forma como o doente se vê enquanto pessoa	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto C7	Qualitativa ordinal	1: Discordo plenamente 2: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 4: Concordo 5: Concordo plenamente

Continuação

Tabela 16. Operacionalização da variável Representação da doença: consequências, duração (cíclica), duração (aguda/crónica), representação emocional, coerência da doença, controlo pessoal e controlo pelo tratamento (variáveis originais)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
A diabetes causa sérias consequências económicas (DIA_CONS_ECO)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, com a diabetes causar sérias consequências económicas	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto C8	Qualitativa ordinal	1: Discordo plenamente 2: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 4: Concordo 5: Concordo plenamente
A diabetes causa dificuldades àqueles que estão próximos do doente (DIA_DIFIC_PROX)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, com a diabetes causar dificuldades àqueles que estão próximos do doente	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto C9	Qualitativa ordinal	1: Discordo plenamente 2: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 4: Concordo 5: Concordo plenamente

Continuação

Tabela 17. Operacionalização da variável Representação da doença: consequências, duração (cíclica), duração (aguda/crónica), representação emocional, coerência da doença, controlo pessoal e controlo pelo tratamento (variáveis originais)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
O que eu faço pode determinar se a diabetes melhora ou piora (DOENT_MELH_PIOR)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, com o facto de que o que o diabético faz pode determinar se a diabetes melhora ou piora	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto C10	Qualitativa ordinal	1: Discordo plenamente 2: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 4: Concordo 5: Concordo plenamente
A evolução da diabetes depende de mim (EVOL_DIA_DOENT)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, que a evolução da diabetes depende do próprio diabético	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto C11	Qualitativa ordinal	1: Discordo plenamente 2: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 4: Concordo 5: Concordo plenamente

Continuação

Tabela 18. Operacionalização da variável Representação da doença: consequências, duração (cíclica), duração (aguda/crónica), representação emocional, coerência da doença, controlo pessoal e controlo pelo tratamento (variáveis originais)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
As minhas acções não terão efeito no controlo da minha diabetes (ACC_NAO_EFEIT)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, com o facto de que as acções do diabético não controlam a diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto C12	Qualitativa ordinal	5: Discordo plenamente 4: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 2: Concordo 1: Concordo plenamente
O tratamento é eficaz na cura da diabetes (TRAT_EFIC)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, que o tratamento é eficaz na cura da diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto C13	Qualitativa ordinal	1: Discordo plenamente 2: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 4: Concordo 5: Concordo plenamente

Continuação

Tabela 19. Operacionalização da variável Representação da doença: consequências, duração (cíclica), duração (aguda/crónica), representação emocional, coerência da doença, controlo pessoal e controlo pelo tratamento (variáveis originais)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
Os efeitos negativos da diabetes poderão ser prevenidos ou evitados pelo tratamento (ENEG_PREV_EVIT)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, com o facto de que as consequências da diabetes podem ser prevenidas/evitadas pelo tratamento	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto C14	Qualitativa ordinal	1: Discordo plenamente 2: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 4: Concordo 5: Concordo plenamente
O tratamento da diabetes pode controlar a doença (TRAT_CONTR_DIA)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, com o facto de que o tratamento da diabetes poder controlar a doença	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto C15	Qualitativa ordinal	1: Discordo plenamente 2: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 4: Concordo 5: Concordo plenamente

Continuação

Tabela 20. Operacionalização da variável Representação da doença: consequências, duração (cíclica), duração (aguda/crônica), representação emocional, coerência da doença, controle pessoal e controle pelo tratamento (variáveis originais)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
Os sintomas da diabetes confundem-me (SINT_CONFUN)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, que os sintomas da diabetes confundem o diabético	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto C16	Qualitativa ordinal	1: Discordo plenamente 2: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 4: Concordo 5: Concordo plenamente
A diabetes é um mistério para mim (DIA_MISTER)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, que a diabetes é um mistério para o diabético	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto C17	Qualitativa ordinal	1: Discordo plenamente 2: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 4: Concordo 5: Concordo plenamente

Continuação

Tabela 21. Operacionalização da variável Representação da doença: consequências, duração (cíclica), duração (aguda/crónica), representação emocional, coerência da doença, controlo pessoal e controlo pelo tratamento (variáveis originais)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
Não compreendo a diabetes (NÃO_COMPR_DIA)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, com o facto de que o diabético não compreende a diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto C18	Qualitativa ordinal	1: Discordo plenamente 2: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 4: Concordo 5: Concordo plenamente
Os sintomas da diabetes vêm e vão em ciclos (SINT_VEM_VAO)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, com o facto de que os sintomas da diabetes virem e irem em ciclos	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto C19	Qualitativa ordinal	1: Discordo plenamente 2: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 4: Concordo 5: Concordo plenamente

Continuação

Tabela 22. Operacionalização da variável Representação da doença: consequências, duração (cíclica), duração (aguda/crônica), representação emocional, coerência da doença, controlo pessoal e controlo pelo tratamento (variáveis originais)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
A diabetes é muito imprevisível (DIA_IMPREV)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, com a diabetes ser muito imprevisível	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto C20	Qualitativa ordinal	1: Discordo plenamente 2: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 4: Concordo 5: Concordo plenamente
A diabetes passa por fases em que melhora ou piora (DIA_MELH_PIOR)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, com a diabetes passar por fases em que melhora ou piora	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto C21	Qualitativa ordinal	1: Discordo plenamente 2: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 4: Concordo 5: Concordo plenamente

Continuação

Tabela 23. Operacionalização da variável Representação da doença: consequências, duração (cíclica), duração (aguda/crónica), representação emocional, coerência da doença, controlo pessoal e controlo pelo tratamento (variáveis originais)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
Fico deprimido(a) quando penso sobre a diabetes (DEPREM)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, com o facto de que fica deprimido quando pensa sobre a diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto C22	Qualitativa ordinal	1: Discordo plenamente 2: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 4: Concordo 5: Concordo plenamente
Quando penso sobre a diabetes fico perturbado(a) (PERTURB)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, com o facto de que fica perturbado quando pensa na diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto C23	Qualitativa ordinal	1: Discordo plenamente 2: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 4: Concordo 5: Concordo plenamente

Continuação

Tabela 24. Operacionalização da variável Representação da doença: consequências, duração (cíclica), duração (aguda/crónica), representação emocional, coerência da doença, controlo pessoal e controlo pelo tratamento (variáveis originais)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
A diabetes faz-me sentir zangado (a) (DIA_ZANG)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, com o facto da diabetes o fazer sentir-se zangado	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto C24	Qualitativa ordinal	1: Discordo plenamente 2: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 4: Concordo 5: Concordo plenamente
Fico ansioso(a) quando penso sobre a diabetes (ANSIOS)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, com o facto de que fica ansioso quando pensa sobre a diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto C25	Qualitativa ordinal	1: Discordo plenamente 2: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 4: Concordo 5: Concordo plenamente

Continuação

Tabela 25. Operacionalização da variável Representação da doença: consequências, duração (cíclica), duração (aguda/crónica), representação emocional, coerência da doença, controlo pessoal e controlo pelo tratamento (variáveis originais)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
A diabetes faz-me sentir medo (MEDO)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, com a diabetes o fazer sentir medo	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto C26	Qualitativa ordinal	1: Discordo plenamente 2: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 4: Concordo 5: Concordo plenamente
A diabetes tem grandes consequências na minha vida (DIA_GCONS_VID)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, com o facto de que a diabetes traz grandes consequências na sua vida	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto C27	Qualitativa ordinal	1: Discordo plenamente 2: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 4: Concordo 5: Concordo plenamente

Continuação

Tabela 26. Operacionalização da variável Representação da doença: consequências, duração (cíclica), duração (aguda/crónica), representação emocional, coerência da doença, controlo pessoal e controlo pelo tratamento (variáveis originais)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
A diabetes não tem grande efeito na minha vida (DIA_NAO_EFEIT)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, com a diabetes não ter grande efeito na sua vida	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto C28	Qualitativa ordinal	5: Discordo plenamente 4: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 2: Concordo 1: Concordo plenamente
Nada que eu faça pode afectar a diabetes (NADA_FACA_AFEET)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, com o facto de que nada que o diabético faça pode afectar a sua diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto C29	Qualitativa ordinal	5: Discordo plenamente 4: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 2: Concordo 1: Concordo plenamente

Continuação

Tabela 27. Operacionalização da variável Representação da doença: consequências, duração (cíclica), duração (aguda/crónica), representação emocional, coerência da doença, controlo pessoal e controlo pelo tratamento (variáveis originais)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
Eu tenho o poder de influenciar a diabetes (PODER_INFLUE)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, com o facto de que o diabético tem o poder de influenciar a diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto C30	Qualitativa ordinal	1: Discordo plenamente 2: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 4: Concordo 5: Concordo plenamente
Pouco pode ser feito para melhorar a minha diabetes (POUC_FAZ_MELH)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, com o facto de que pouco pode ser feito para melhorar a sua diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto C31	Qualitativa ordinal	5: Discordo plenamente 4: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 2: Concordo 1: Concordo plenamente

Continuação

Tabela 28. Operacionalização da variável Representação da doença: consequências, duração (cíclica), duração (aguda/crónica), representação emocional, coerência da doença, controlo pessoal e controlo pelo tratamento (variáveis originais)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
Há muita coisa que eu posso fazer para controlar os sintomas da diabetes (MT_FAZ_CONTR)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, com o facto de que há muita coisa que o diabético pode fazer para controlar os sintomas da sua doença	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto C32	Qualitativa ordinal	1: Discordo plenamente 2: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 4: Concordo 5: Concordo plenamente
Não há nada que ajude a minha diabetes (NADA_AJUD_DIA)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, com o facto de que não há nada que ajude a sua diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto C33	Qualitativa ordinal	5: Discordo plenamente 4: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 2: Concordo 1: Concordo plenamente

Continuação

Tabela 29. Operacionalização da variável Representação da doença: consequências, duração (Cíclica), duração (aguda/crónica), representação emocional, coerência da doença, controlo pessoal e controlo pelo tratamento (variáveis originais)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
A minha diabetes vai melhorar com o tempo (DIA_VAI_MELHOR)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, com o facto de que a sua diabetes vai melhorar com o tempo	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto C34	Qualitativa ordinal	5: Discordo plenamente 4: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 2: Concordo 1: Concordo plenamente
A diabetes não faz qualquer sentido para mim (NÃO_SENT_MIM)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, com a diabetes não fazer nenhum sentido para ele	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto C35	Qualitativa ordinal	1: Discordo plenamente 2: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 4: Concordo 5: Concordo plenamente

Continuação

Tabela 30. Operacionalização da variável Representação da doença: consequências, duração (cíclica), duração (aguda/crónica), representação emocional, coerência da doença, controlo pessoal e controlo pelo tratamento (variáveis originais)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
Percebo perfeitamente a minha diabetes (PPERF_DIA)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, com a afirmação de que percebe perfeitamente a sua diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto C36	Qualitativa ordinal	5: Discordo plenamente 4: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 2: Concordo 1: Concordo plenamente
Os sintomas da diabetes mudam bastante ao longo do dia (SINT_MUT_LDIA)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, com a afirmação de que os sintomas da diabetes mudam bastante ao longo do dia	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto C37	Qualitativa ordinal	1: Discordo plenamente 2: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 4: Concordo 5: Concordo plenamente

Continuação

Tabela 31. Operacionalização da variável Representação da doença: Consequências, Duração (Cíclica), Duração (aguda/crónica), Representação emocional, Coerência da doença, Controlo Pessoal e Controlo pelo Tratamento (variáveis originais)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
A diabetes não me preocupa (DIA_N_PREOC)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, com a afirmação de que a diabetes não o preocupa	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto C38	Qualitativa ordinal	5: Discordo plenamente 4: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 2: Concordo 1: Concordo plenamente

Tabela 32. Operacionalização da variável Representação da doença: causas (variáveis originais)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
Stress ou preocupação (STRES_PREOC)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, que o stress ou preocupação são causas da diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto D1	Qualitativa ordinal	1: Discordo plenamente 2: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 4: Concordo 5: Concordo plenamente

Continuação

Tabela 33. Operacionalização da variável Representação da doença: causas (variáveis originais)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
Hereditariedade (é de família) (HERED)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, com a hereditariedade ser causa da diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto D2	Qualitativa ordinal	1: Discordo plenamente 2: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 4: Concordo 5: Concordo plenamente
Excesso de peso (EXC_PES)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, com o excesso de peso ser causa da diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto D3	Qualitativa ordinal	1: Discordo plenamente 2: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 4: Concordo 5: Concordo plenamente
Tipo de alimentação (ALIMEN)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, que, o tipo de alimentação, é causa da diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto D4	Qualitativa ordinal	1: Discordo plenamente 2: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 4: Concordo 5: Concordo plenamente

Continuação

Tabela 34. Operacionalização da variável Representação da doença: causas (variáveis originais)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
Destino ou má sorte (DESTINO)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, que o destino ou má sorte são causas da diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto D5	Qualitativa ordinal	1: Discordo plenamente 2: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 4: Concordo 5: Concordo plenamente
Poluição do ambiente (POLUIC)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, que a poluição do ambiente é causa da diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto D6	Qualitativa ordinal	1: Discordo plenamente 2: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 4: Concordo 5: Concordo plenamente
O meu estado emocional (como por ex.: sentir-me em baixo, só, ansioso, vazio) (EST_EMOC)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, que o estado emocional, (como sentir-se em baixo, só, ansioso, vazio) é causa da diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto D7	Qualitativa ordinal	1: Discordo plenamente 2: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 4: Concordo 5: Concordo plenamente

Continuação

Tabela 35. Operacionalização da variável Representação da doença: causas (variáveis originais)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
O meu próprio comportamento (PROP_COMP)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, que o seu próprio comportamento é causa da diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto D8	Qualitativa ordinal	1: Discordo plenamente 2: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 4: Concordo 5: Concordo plenamente
Pouca assistência médica no passado (POU_ASS_MED)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, que ter tido pouca assistência médica no passado é causa da diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto D9	Qualitativa ordinal	1: Discordo plenamente 2: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 4: Concordo 5: Concordo plenamente
Acidente ou lesão (ACID_LES)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, que um acidente ou uma lesão são causa da diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto D10	Qualitativa ordinal	1: Discordo plenamente 2: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 4: Concordo 5: Concordo plenamente

Continuação

Tabela 36. Operacionalização da variável Representação da doença: causas (variáveis originais)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
A minha personalidade (a minha maneira de ser) (MIN_PERS)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, que a personalidade do próprio diabético é causa da diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto D11	Qualitativa ordinal	1: Discordo plenamente 2: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 4: Concordo 5: Concordo plenamente
Envelhecimento (ENVELH)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, que o envelhecimento é causa da diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto D12	Qualitativa ordinal	1: Discordo plenamente 2: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 4: Concordo 5: Concordo plenamente
Um micróbio ou um vírus (MICROB)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, que micróbios ou vírus são causa da diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto D13	Qualitativa ordinal	1: Discordo plenamente 2: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 4: Concordo 5: Concordo plenamente

Continuação

Tabela 37. Operacionalização da variável Representação da doença: causas (variáveis originais)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
A minha atitude mental, como por ex.: pensar sobre a vida de uma forma negativa (ATIT_MENT)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, que a atitude mental do próprio diabético é causa da diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto D14	Qualitativa ordinal	1: Discordo plenamente 2: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 4: Concordo 5: Concordo plenamente
Alteração das defesas do organismo (DEFES_ORG)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, que a alteração das defesas do organismo é causa da diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto D15	Qualitativa ordinal	1: Discordo plenamente 2: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 4: Concordo 5: Concordo plenamente

Continuação

Tabela 38. Operacionalização da variável Representação da doença: causas (variáveis originais)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
Problemas familiares ou preocupações (PROB_FAMIL)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, que os problemas familiares ou preocupações são causa da diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto D16	Qualitativa ordinal	1: Discordo plenamente 2: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 4: Concordo 5: Concordo plenamente
Excesso de trabalho (EXC_TRABAL)	Registrar se o participante discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda ou concorda plenamente, que o excesso de trabalho é causa da diabetes	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto D17	Qualitativa ordinal	1: Discordo plenamente 2: Discordo 3: Nem discordo nem concordo 4: Concordo 5: Concordo plenamente
3 principais causas da diabetes (TRES_PRIN_CAUS)	Registrar quais são, para o participante, as três principais causas da diabetes, por ordem decrescente	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Ponto E	Qualitativa nominal	Valores expressos em causas

Tabela 39. Operacionalização da variável Actividades de auto-cuidado na diabetes: alimentação geral (variáveis originais)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
Em quantos dos últimos 7 dias seguiu uma alimentação saudável (NDIA_ALI_SAU)	Quantificar o número de dias, na última semana, que o diabético seguiu uma alimentação saudável. Registo em número de dias	Escala de actividades de auto-cuidado na diabetes. Ponto 1a	Quantitativa discreta	0: 0 1: 1 2: 2 3: 3 4: 4 5: 5 6: 6 7: 7
Em média, durante o último mês, quantos dias por semana seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde (NDIA_PLA_ALI)	Quantificar em média, no último mês, quantos dias por semana, o diabético conseguiu cumprir um plano alimentar recomendado por um médico, enfermeiro, nutricionista/dietista, farmacêutico. Registo em número de dias	Escala de actividades de auto-cuidado na diabetes. Ponto 1b	Quantitativa discreta	0: 0 1: 1 2: 2 3: 3 4: 4 5: 5 6: 6 7: 7
Em quantos dos últimos 7 dias comeu 5 ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluindo os da sopa) (NDIA_FRUVEG)	Quantificar o número de dias, na última semana, que o diabético consumiu 5 ou mais doses de fruta e/ou vegetais (incluindo a sopa). Registo em número de dias	Escala de actividades de auto-cuidado na diabetes. Ponto 1c	Quantitativa discreta	0: 0 1: 1 2: 2 3: 3 4: 4 5: 5 6: 6 7: 7

Tabela 40. Operacionalização da Variável Actividades de auto-cuidado na diabetes: alimentação específica (variáveis originais)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
Em quantos dos últimos 7 dias comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito...) (NDIA_CARNVERM)	Quantificar o número de dias, na última semana, que o diabético consumiu carnes vermelhas. Registo em número de dias	Escala de actividades de auto-cuidado na diabetes. Ponto 2a	Quantitativa discreta	0: 7 1: 6 2: 5 3: 4 4: 3 5: 2 6: 1 7: 0
Em quantos dos últimos 7 dias comeu pão acompanhando a refeição do almoço e jantar (NDIA_PAO)	Quantificar o número de dias, na última semana, que o diabético consumiu pão ao almoço e jantar. Registo em número de dias	Escala de actividades de auto-cuidado na diabetes. Ponto 2b	Quantitativa discreta	0: 7 1: 6 2: 5 3: 4 4: 3 5: 2 6: 1 7: 0
Em quantos dos últimos 7 dias misturou, no acompanhamento da refeição, 2 ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão (NDIA_MIST_FARIN)	Quantificar o número de dias, na última semana, que o diabético misturou o arroz, batata, massa, feijão na refeição principal. Registo em número de dias	Escala de actividades de auto-cuidado na diabetes. Ponto 2c	Quantitativa discreta	0: 7 1: 6 2: 5 3: 4 4: 3 5: 2 6: 1 7: 0

Continuação

Tabela 41. Operacionalização da Variável Actividades de auto-cuidado na diabetes: alimentação específica (variáveis originais)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
Em quantos dos últimos 7 dias consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições (NDIA_MAIS_ALC_NA_REF)	Quantificar o número de dias, na última semana, que o diabético ingeriu mais do que um copo de qualquer bebida alcoólica na refeição principal (almoço e jantar). Registo em número de dias	Escala de actividades de auto-cuidado na diabetes. Ponto 2d	Quantitativa discreta	0: 7 1: 6 2: 5 3: 4 4: 3 5: 2 6: 1 7: 0
Em quantos dos últimos 7 dias consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica fora das refeições (NDIA_ALC_FOR_REF)	Quantificar o número de dias, na última semana, que o diabético ingeriu qualquer tipo de bebida alcoólica fora da refeição principal (almoço e jantar). Registo em número de dias	Escala de actividades de auto-cuidado na diabetes. Ponto 2e	Quantitativa discreta	0: 7 1: 6 2: 5 3: 4 4: 3 5: 2 6: 1 7: 0
Em quantos dos últimos 7 dias comeu alimentos doces como bolos, pastéis, compotas, mel, marmelada ou chocolate (NDIA_DOCE)	Quantificar o número de dias, na última semana, que o diabético consumiu produtos ricos em açúcar. Registo em número de dias	Escala de actividades de auto-cuidado na diabetes. Ponto 2f	Quantitativa discreta	0: 7 1: 6 2: 5 3: 4 4: 3 5: 2 6: 1 7: 0

Tabela 42. Operacionalização da variável Actividades de auto-cuidado na diabetes: actividade física (variáveis originais)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
Em quantos dos últimos 7 dias praticou actividade física durante, pelo menos, 30 minutos (NDI_AF_30)	Quantificar o número de dias, na última semana, que o diabético fez actividade física, pelo menos 30 minutos. Registo em número de dias	Escala de actividades de auto-cuidado na diabetes. Ponto 3a	Quantitativa discreta	0: 0 1: 1 2: 2 3: 3 4: 4 5: 5 6: 6 7: 7
Em quantos dos últimos 7 dias praticou uma sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da actividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho (NDIA_EF_ESP)	Quantificar o número de dias, na última semana, que o diabético praticou exercício físico específico (nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além das actividades da vida diária. Registo em número de dias	Escala de actividades de auto-cuidado na diabetes. Ponto 3b	Quantitativa discreta	0: 0 1: 1 2: 2 3: 3 4: 4 5: 5 6: 6 7: 7

Tabela 43. Operacionalização da variável Actividades de auto-cuidado na diabetes: monitorização da glicemia (variáveis originais)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
Em quantos dos últimos 7 dias avaliou o açúcar no sangue (NDIA_AV_GLIC)	Quantificar o número de dias, na última semana, que o diabético avaliou a sua glicemia capilar. Registo em número de dias	Escala de actividades de auto-cuidado na diabetes. Ponto 4a	Quantitativa discreta	0: 0 1: 1 2: 2 3: 3 4: 4 5: 5 6: 6 7: 7
Em quantos dias da semana lhe foi recomendado que avaliasse o açúcar no sangue pelo seu médico, enfermeiro ou farmacêutico (NDIA_GLIC_REC)	Quantificar o número de dias, por semana, que o diabético foi recomendado a avaliar a sua glicemia capilar. Registo em número de dias	Escala de actividades de auto-cuidado na diabetes. Ponto 4b	Quantitativa discreta	0: 0 1: 1 2: 2 3: 3 4: 4 5: 5 6: 6 7: 7

Tabela 44. Operacionalização da variável Actividades de auto-cuidado na diabetes: cuidados com os pés (variáveis originais)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
Em quantos dos últimos 7 dias examinou os seus pés (NDIA_EXAM_PE)	Quantificar o número de dias, na última semana, que o diabético examinou os seus pés. Registo em número de dias	Escala de actividades de auto-cuidado na diabetes. Ponto 5a	Quantitativa discreta	0: 0 1: 1 2: 2 3: 3 4: 4 5: 5 6: 6 7: 7
Em quantos dos últimos 7 dias lavou os seus pés (NDIA_LAV_PE)	Quantificar o número de dias, na última semana, que o diabético lavou os pés. Registo em número de dias	Escala de actividades de auto-cuidado na diabetes. Ponto 5b	Quantitativa discreta	0: 0 1: 1 2: 2 3: 3 4: 4 5: 5 6: 6 7: 7
Em quantos dos últimos 7 dias secou os espaços entre os dedos dos pés, depois de os lavar (NDIA_SEC_PE)	Quantificar o número de dias, na última semana, que o diabético secou bem os espaços entre os dedos dos pés, depois de os lavar. Registo em número de dias	Escala de actividades de auto-cuidado na diabetes. Ponto 5c	Quantitativa discreta	0: 0 1: 1 2: 2 3: 3 4: 4 5: 5 6: 6 7: 7

Tabela 45. Operacionalização da variável Actividades de auto-cuidado na diabetes: medicamentos (variáveis originais)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
Em quantos dos últimos 7 dias, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes (NDIA_MED)	Quantificar o número de dias, na última semana, que o diabético tomou os medicamentos para a diabetes, conforme o recomendado. Registo em número de dias	Escala de actividades de auto-cuidado na diabetes. Ponto 6a	Quantitativa discreta	0: 0 1: 1 2: 2 3: 3 4: 4 5: 5 6: 6 7: 7
Em quantos dos últimos 7 dias, tomou, conforme lhe foi indicado, as injeções de insulina (NDIA_INSUL)	Quantificar o número de dias, na última semana, que o diabético administrou as injeções de insulina, conforme o recomendado. Registo em número de dias	Escala de actividades de auto-cuidado na diabetes. Ponto 6b	Quantitativa discreta	0: 0 1: 1 2: 2 3: 3 4: 4 5: 5 6: 6 7: 7
Em quantos dos últimos 7 dias, tomou, conforme lhe foi indicado, o número de indicado de comprimidos da diabetes (NDIA_COMPR)	Quantificar o número de dias, na última semana, que o diabético tomou o número de comprimidos para a diabetes, conforme o recomendado. Registo em número de dias	Escala de actividades de auto-cuidado na diabetes. Ponto 6c	Quantitativa discreta	0: 0 1: 1 2: 2 3: 3 4: 4 5: 5 6: 6 7: 7

Tabela 46. Operacionalização da variável Actividades de auto-cuidado na diabetes: hábitos tabágicos (variáveis originais)

Nome da Variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
Você fumou um cigarro, ainda que só uma passa, durante os últimos 7 dias (FUMAR)	Registrar se o diabético fumou ou não, nem que tenha sido só uma passa, nos últimos sete dias.	Escala de actividades de auto-cuidado na diabetes. Ponto 7a	Qualitativa nominal dictómica	1: Sim 0: Não
Se sim, quantos cigarros fuma, habitualmente, num dia (N_CIGARR)	Registrar o número de cigarros que o diabético fuma por dia. Registo em número de cigarros	Escala de actividades de auto-cuidado na diabetes. Ponto 7b	Quantitativa discreta	Valores expressos em número de cigarros
Quando fumou o seu último cigarro (QD_ULT_CIGARR)	Registrar quando o diabético fumou o último cigarro.	Escala de actividades de auto-cuidado na diabetes. Ponto 7c	Qualitativa ordinal	0: Nunca fumou 1: Há mais de dois anos atrás 2: Um a dois anos atrás 3: Quatro a doze meses atrás 4: Um a três meses atrás 5: No último mês 6: Hoje

Tabela 47. Operacionalização da variável Grupo Etário e Duração do diagnóstico da diabetes por grupos (variáveis secundárias)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida	Conotação possível
Grupo etário (G_ETARIO)	Registrar a idade do participante, expressa em grupos etários	Ficha de caracterização: A - Caracterização socio-demográfica. Ponto 2	Qualitativa ordinal	1: 20 - 39 anos 2: 40 - 59 anos 3: 60 - 79 anos 4: ≥ 80 anos
Duração do diagnóstico da diabetes por Grupos (DUR_DIA_GRUP)	Registo da duração desde o diagnóstico da diabetes até à data de preenchimento do questionário para cada participante, registado em grupos de meses	Ficha de caracterização: B - Caracterização clínica. Ponto 7	Qualitativa ordinal	1: 6-24 meses 2: 25-42 meses 3: 43-60 meses 4: 61-78 meses 5: ≥79 meses

Tabela 48. Operacionalização da variável Representação da diabetes (variáveis secundárias)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida
Identidade: Sentir sintoma - Score (ISS_S)	Número de sintomas que o diabético já sentiu desde o diagnóstico da diabetes. Toma valores de 0 a 15	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Do ponto A1 ao A15	Quantitativa discreta
Identidade: Relacionar sintoma - Score (IRS_S)*	Número de sintomas que o diabético relaciona com a diabetes. Toma valores de 0 a 15	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Do ponto B1 ao B15	Quantitativa discreta
Consequências - Score (Conseq_S)*	Quantificar as crenças, do diabético, relativas à gravidade da doença e o seu impacto no funcionamento físico, psicológico e social. Toma valores de 6 a 30	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Do ponto C6 ao C9 e do C27 ao C28	Quantitativa discreta
Duração (aguda/crónica) - Score (DurAg_S)*	Quantificar as crenças, do diabético, relativas ao curso da doença, ou seja, se esta é de curta ou de longa duração. Toma valores de 6 a 30	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Do ponto C1 ao C5 e o ponto C34	Quantitativa discreta

Continuação

Tabela 49. Operacionalização da variável Representação da diabetes (variáveis secundárias)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida
Duração Cíclica - Score (DurCr_S)*	Quantificar as crenças, do diabético, relativas ao curso da doença, ou seja, se esta é uma doença cíclica. Toma valores de 4 a 20	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Do ponto C19 ao C21 e o ponto C37	Quantitativa discreta
Controlo Pessoal - Score (CP_S)*	Quantificar as crenças, do diabético, relativas à sua capacidade controlar a diabetes. Toma valores de 6 a 30	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Do ponto C10 ao C12, do ponto C29 ao C30 e o ponto C32	Quantitativa discreta
Controlo pelo Tratamento - Score (CT_S)*	Quantificar as crenças, do diabético, relativas à efectividade do tratamento da diabetes. Toma valores de 5 a 25	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Do ponto C13 ao C15, o ponto C31 e o C33	Quantitativa discreta
Representação emocional - Score (RE_S)*	Quantificar a carga emocional decorrente da sua doença. Toma valores de 6 a 30	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Do ponto C22 ao C26 e o ponto C38	Quantitativa discreta

Continuação

Tabela 50. Operacionalização da variável Representação da diabetes (variáveis secundárias)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida
Coerência da doença - Score (CD_S)*	Quantificar a compreensão que o diabético tem da sua doença. Toma valores de 5 a 25	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Do ponto C16 ao C18 e do ponto C35 ao C36	Quantitativa discreta
Causas: Factores de risco - Score (CFRISC_S)	Quantificar as crenças, do diabético, relativas às causas da diabetes serem atribuídas a factores de risco (tipo de alimentação, envelhecimento, entre outras). Toma valores de 6 a 30	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Do ponto D2 ao D4, do ponto D8 ao D9 e o ponto D12	Quantitativa discreta
Causas: Atribuições psicológicas Score (CAPSIC_S)	Quantificar as crenças, do diabético, relativas às causas da diabetes serem atribuídas a aspectos psicológicos (estado emocional, stress ou preocupação, entre outras). Toma valores de 6 a 30	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. O ponto D1, D7, D11, D14 e do ponto D16 ao D17	Quantitativa discreta

Continuação

Tabela 51. Operacionalização da variável Representação da diabetes (variáveis secundárias)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida
Causas: Imunidade - Score (CIMUN_S)	Quantificar as crenças, do diabético, relativas às causas da diabetes serem atribuídas a aspectos imunológicos (um micróbio ou vírus, entre outras). Toma valores de 3 a 15	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. O ponto D6, D13 e o D15	Quantitativa discreta
Causas: Acaso/Destino - Score (CAC_DEST_S)	Quantificar as crenças, do diabético, relativas às causas da diabetes serem atribuídas ao acaso ou destino (destino ou má sorte, entre outras). Toma valores de 2 a 10	Inquérito de Percepção da Doença - Revisto (IPQ-R) - traduzido para português e adaptado à diabetes. Os pontos D5 e D10	Quantitativa discreta

Tabela 52. Operacionalização da variável Adesão às actividades de auto-cuidado na diabetes (variáveis secundárias)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida
Alimentação geral - Score (AG_S)	Quantificar o nível de adesão à dimensão, alimentação geral. Expresso em média de número de dias por semana. Toma valores de 0 a 7	Escala de actividades de auto-cuidado na diabetes. Do ponto 1a ao 1c	Quantitativa discreta
Alimentação específica - Score (AE_S)	Quantificar o nível de adesão à dimensão, alimentação específica. Expresso em média de número de dias por semana. Toma valores de 0 a 7	Escala de actividades de auto-cuidado na diabetes. Do ponto 2a ao 2f	Quantitativa discreta
Actividade física - Score (AF_S)	Quantificar o nível de adesão à dimensão, actividade física. Expresso em média de número de dias por semana. Toma valores de 0 a 7	Escala de actividades de auto-cuidado na diabetes. Do ponto 3a ao 3b	Quantitativa discreta
Monitorização da glicemia - Score (MONIT_G_S)	Quantificar o nível de adesão à dimensão, monitorização da glicemia. Expresso em média de número de dias por semana. Toma valores de 0 a 7	Escala de actividades de auto-cuidado na diabetes. Do ponto 4a ao 4b	Quantitativa discreta

Tabela 53. Operacionalização da variável Adesão às actividades de auto-cuidado na diabetes (variáveis secundárias)

Nome da variável / Conotação SPSS	Definição operacional	Origem	Escala de medida
Cuidados com os pés - Score (CUI_PE_S)	Quantificar o nível de adesão à dimensão, cuidados com os pés. Expresso em média de número de dias por semana. Toma valores de 0 a 7	Escala de actividades de auto-cuidado na diabetes. Do ponto 5a ao 5c	Quantitativa discreta
Medicamentos - Score (MED_S)	Quantificar o nível de adesão à dimensão, medicamento. Expresso em média de número de dias por semana. Toma valores de 0 a 7	Escala de actividades de auto-cuidado na diabetes. Do ponto 6a ao 6c	Quantitativa discreta

*Será necessário uniformizar o sentido das variáveis que contribuem para a construção do score, de forma a que todas as escalas estejam no mesmo sentido. Apenas posteriormente será efectuado o cálculo do score.

V - HIPÓTESES

De acordo com as variáveis em estudo, e depois da análise dos pressupostos teóricos, surgiram algumas hipóteses:

H1 – As dimensões *Duração (aguda/crónica)*, *Duração Cíclica*, *Consequências*, *Controlo Pessoal* e *Controlo pelo Tratamento*, estão significativa e positivamente relacionadas com a adesão às actividades de auto-cuidado na diabetes;

H2 – As dimensões *Representação Emocional* e *Coerência*, estão significativa e negativamente relacionadas com a adesão às actividades de auto-cuidado na diabetes;

H3 – A Idade e as Habilitações literárias estão relacionadas significativa e positivamente com as dimensões *Identidade*, *Consequências*, *Causas*, *Controlo pelo Tratamento*, *Duração Cíclica* e *Duração (aguda/crónica)*;

H4 – A Idade e as Habilitações literárias estão significativa e positivamente relacionadas com a adesão às actividades de auto-cuidado na diabetes, como a alimentação geral e específica, actividade física, monitorização da glicemia, cuidados com os pés e medicamentos;

H5 – Existe uma relação estatisticamente significativa e negativa entre a Duração do diagnóstico da diabetes e a adesão às actividades de auto-cuidado, como a Alimentação, Monitorização da glicemia e Actividade física;

H6 – Existe uma relação estatisticamente significativa e positiva entre a Duração do diagnóstico da diabetes e as dimensões *Identidade*, *Consequências*, *Causas*, *Controlo Pessoal*, *Controlo pelo Tratamento*, *Duração Cíclica* e *Duração (aguda/crónica)*;

H7 – Existe uma relação positiva e estatisticamente significativa entre o Diagnóstico de complicações da diabetes e a percepção das *Consequências* e da *Representação Emocional*;

H8 – Adesão às actividades de auto-cuidado na diabetes, como a Alimentação geral e específica, Actividade física, Monitorização da glicemia, Cuidados com os pés, Medicamentos e Hábitos tabágicos, difere de forma estatisticamente significativa entre os sexos;

H9 – As dimensões *Identidade, Consequências, Causas, Controlo pelo Tratamento, Duração Cíclica, Duração (aguda/crónica), Representação Emocional e Coerência*, diferem de forma estatisticamente significativa entre os sexos;

H10 – Existe uma relação positiva e estatisticamente significativa entre a dimensão *Causas: Factores de risco* e a dimensão *Controlo Pessoal*;

H11 – Existe uma relação positiva e estatisticamente significativa entre a dimensão *Causas: Atribuições psicológicas* e as dimensões *Representação Emocional e Consequências*;

H12 - Existe uma relação positiva e estatisticamente significativa entre a dimensão *Causas: Factores de risco* e a adesão às actividades de auto-cuidado na diabetes.

VI - PROCESSAMENTO E ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Após a colheita de dados, estes serão lançados numa base de dados informatizada e processados através do programa de estatística SPSS – versão 17.0.

Para a **caracterização socio-demográfica e clínica da amostra**, para a **determinação da percepção da diabetes** e para a **avaliação da adesão às actividades de auto-cuidado** na diabetes, recorrer-se-á à **estatística descritiva**:

- Variáveis quantitativas: Média, desvio-padrão, mediana, amplitude de variação com máximo e mínimo;
- Variáveis qualitativas: Moda e frequência.

Para as variáveis quantitativas, os resultados serão apresentados em forma de gráficos de barras e histogramas; e para as variáveis qualitativas, serão apresentados em forma de tabelas de frequências e gráficos de barras. (Objectivo específico 1, 2 e 3)

De forma a verificar a **existência de diferenças estatísticas** entre as **variáveis socio-demográficas e clínicas** e as **actividades de auto-cuidado na diabetes**, e as **dimensões da representação da diabetes**, recorrer-se-á ao **teste t de student** (diferenças entre médias), ao **teste não paramétrico de Kruskal-Wallis** (diferenças entre distribuições) e ao **Qui-quadrado** (diferenças entre proporções).

Para verificar a **existência de relação** e o **tipo de relação**, entre as **dimensões da representação da diabetes** e as **actividades de auto-cuidado na diabetes**, recorrer-se-á à **análise de correlação não paramétrica de Spearman** (Objectivo específico 4)

Para verificar a **existência de relação** e o **tipo de relação**, entre as **variáveis socio-demográficas e clínicas** e as várias **dimensões da representação da diabetes**, recorrer-se-á ao **teste do qui-quadrado** ou à **correlação não paramétrica de Spearman**, consoante a natureza das variáveis envolvidas. (Objectivo específico 5)

Para avaliar a **possível relação** e o **tipo de relação** entre as **variáveis socio-demográficas e clínicas** e as **actividades de auto-cuidado na diabetes**, utilizar-se-á o **teste do qui-quadrado** ou a **correlação não paramétrica de Spearman**, consoante a natureza das variáveis envolvidas. (Objectivo específico 6)

Toda a inferência estatística assume o nível de significância (α) de 5%.

VII – DISCUSSÃO DOS PROVÁVEIS RESULTADOS

Este projecto de investigação tem como objectivos descrever a percepção do diabético sobre a sua doença, conhecer a sua adesão às actividades de auto-cuidado, e verificar a existência de relação entre ambas.

De acordo com a revisão bibliográfica efectuada, espera-se que os resultados demonstrem que existe uma associação entre a percepção da diabetes e a adesão ao seu tratamento, confirmando-se que a percepção que cada um tem da sua doença prediz a adesão ao tratamento.

Este projecto de investigação sugere, tal como outras investigações, que as crenças sobre a doença e o estado emocional do diabético influenciam a adesão ao tratamento, assim como as variáveis biológicas e socio-demográficas são determinantes na percepção da doença e na adesão ao regime terapêutico.

De acordo com o estudo de Broadbent, Donkin e Stroh, a melhoria dos resultados em saúde poderá ser potenciada alterando as crenças do diabético relativas à doença e respectivo tratamento (Broadbent ; Donkin ; Stroh, 2011). Neste sentido, a educação para a saúde, o aumento do conhecimento e o fornecimento de informação é fundamental para que o doente tome decisões autónomas e conscientes.

A importância do *Controlo Pessoal* tem sido amplamente documentada, e poderá ser potenciada através de intervenções educacionais comunitárias para a saúde focadas no *empowerment*. A participação do doente e o seu *empowerment* têm vindo a adquirir uma importância particular no domínio das doenças crónicas, como base de uma estratégia de auto-ajuda e auto-gestão, visando melhorar os resultados em saúde, por um lado, e reduzir custos, por outro (Malheiros, 2009). Segundo a DGS (Portugal. Ministério da saúde. DGS, 2000), constitui objectivo da educação terapêutica “manter, o mais possível, a qualidade de vida do doente diabético e proporcionar um efeito terapêutico adicional às outras intervenções terapêuticas, sejam elas farmacológicas ou não”. Desta forma, a educação terapêutica estruturada permite, a curto prazo, potenciar o controlo metabólico e melhorar a qualidade de vida, devido à maior adesão ao tratamento, e ainda tornar o diabético cada vez mais autónomo na gestão da sua doença.

LIMITAÇÕES

Algumas limitações estão subjacentes a este estudo, e deste modo, os possíveis resultados deverão ser discutidos tendo em conta estas limitações.

Em relação às características da própria doença, destaca-se uma limitação. A diabetes é uma doença caracterizada por ter uma evolução silenciosa, podendo não ser diagnosticada durante muitos anos. Aquando do diagnóstico, a presença de complicações inerentes à diabetes poderá condicionar a representação que o diabético faz da sua doença, nomeadamente em relação às *Consequências*.

Relativamente à amostra e ao método de amostragem, várias limitações podem ser destacadas. Por um lado, o nosso projecto de investigação será aplicado numa única USF, o que poderá condicionar a generalização dos resultados a nível regional e nacional. Por outro lado, os participantes do estudo pertencem à consulta médica de diabetes que, normalmente, apenas integra utentes diabéticos da USF que não têm médico de família. Desta forma, todos os utentes diabéticos que são acompanhados clinicamente pelo seu médico de família são automaticamente excluídos do nosso estudo. É ainda necessário evidenciar o viés de selecção potenciado pela decisão do utente em participar ou não no estudo.

Uma vez que se trata de um estudo analítico, alguns factores poderão influenciar a determinação de associações entre as variáveis. Destaca-se, o poder económico, que poderá ser uma variável de confundimento na adesão às actividades de auto-cuidado na diabetes, nomeadamente, a adesão à alimentação e à actividade física.

O projecto parece apresentar outras limitações, nomeadamente referentes aos instrumentos de recolha de dados. Por um lado, o tamanho de um dos questionários parece ser um factor negativo, por outro, a necessidade de ter que se aplicar os questionários por entrevista, potencia o risco de viés pela presença do investigador.

Apesar destas limitações, destaca-se a utilização de instrumentos de medida traduzidos, validados e adaptados à realidade portuguesa, particularmente a Escala de actividades de auto-cuidado na diabetes.

VIII – CONSIDERAÇÕES FINAIS

É objectivo deste projecto de investigação contribuir para o conhecimento das variáveis determinantes na adesão ao tratamento da diabetes, e sensibilizar os Profissionais e as Autoridades de Saúde para a abordagem clínica do doente diabético, em Cuidados de Saúde Primários. A mudança do paradigma poderá melhorar comportamentos de saúde, e melhorar os *outcomes* e a qualidade de vida.

Assim, e para que os prováveis resultados pudessem provocar a mudança, sugere-se a aplicação de várias estratégias, com implicações em saúde pública:

- Divulgação dos resultados junto do Conselho clínico da ACES;
- Divulgação dos resultados junto do corpo clínico da USF, de forma a sensibilizar os profissionais de saúde para a relação entre as crenças sobre diabetes e a adesão às actividades de auto-cuidado na diabetes, bem como para a importância da relação estabelecida com o utente;
- Exposição dos resultados na USF;
- Publicação de um artigo na Revista Portuguesa de Clínica Geral, da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, para divulgação mais abrangente dos resultados;
- Desenvolvimento e implementação de programas educacionais, na USF, para os utentes diabéticos, através de sessões educativas referentes à diabetes. Tal como sugerido pelo Banco Mundial, a implementação de estratégias bem-sucedidas que objectivam o *empowerment* do utente implica, entre outros factores, o acesso à informação (Malheiros, 2009);
- Divulgação de materiais de informação dirigidos ao diabético e à família;
- Criação de parcerias com *sponsors* (ex. laboratórios farmacêuticos), para desenvolvimento de acções educativas em comunidade;
- Integração na equipa multidisciplinar da diabetes, de outros técnicos de saúde, o que poderá conduzir a melhores resultados em saúde, quer físicos quer emocionais. A quase inexistência de outros técnicos de saúde (nutricionistas/dietistas, psicólogos, técnicos de ortóptica, etc.) nos cuidados de saúde primários, e a dificuldade de acesso directo a estes, quando existentes nos cuidados hospitalares ou serviços convencionados, diminui a qualidade dos cuidados a prestar ao diabético;

- Reestruturação da consulta de Diabetes, a partir, ou não, da integração de outros técnicos de saúde na equipa.

IX – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMSON, J. H. ; ABRAMSON, Z. H. – Survey methods in community medicine : Epidemiological research programme evaluation clinical trials. Fifth edition. Churchill Livingstone, 1999.

AGUIAR, P. – Guia prático de estatística em investigação epidemiológica : SPSS. 1ª edição. Lisboa: Climepsi editores, Novembro de 2007.

ALGINA, J. ; OLEJNIK, S. – Sample size tables for correlation analysis with applications in partial correlation and multiple regression analysis. [Em Linha] **Multivariate Behavioral Research**. 38 : 3 (2003) 309-323. [Consult. 6 de Junho de 2011]. Disponível em http://www.informaworld.com/smpp/content~db=all?content=10.1207/S15327906MBR3803_02

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION – Medical management of hyperglycaemia in type 2 diabetes : a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy : a consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. [Em linha]. **Diabetes Care**. 32 (January 2009a) 193–203. [Consult. 6 de Fevereiro de 2011]. Disponível em <http://care.diabetesjournals.org/content/32/1/193.abstract>.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION - Standards of Medical Care in Diabetes 2009. [Em linha] **Diabetes Care**. 32 : Supplement 1 (January 2009b) S13-S61. [Consult. 15 de Dezembro de 2010]. Disponível em http://care.diabetesjournals.org/content/32/Supplement_1/S13.full.pdf+html.

ASSOCIAÇÃO PROTECTORA DOS DIABÉTICOS DE PORTUGAL – Viver com a diabetes. 1ª edição. Lisboa : Climepsi Editores, 2001.

ASSOCIAÇÃO PROTECTORA DOS DIABÉTICOS DE PORTUGAL – Viver com a diabetes. 2ª edição. Lisboa : Climepsi Editores, 2004.

BARBAS, R. – Diabetologia clínica : nefropatia diabética. Lisboa : Lidel, 2002.

BASTOS, F. ; SEVERO, M. ; LOPES, C. – Propriedades psicométricas da escala de autocuidado com a diabetes traduzida e adaptada. [Em linha]. **Acta Médica Portuguesa**. 20 (2006) 11–20. [Consult. 18 de Novembro de 2010]. Disponível em <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2007-20/1/11-20.pdf>.

BAUM, A. ; NEWMAN, S. ; WEINMAN, J. ; WEST, R. ; McMANUS, C. – Cambridge handbook of psychology, health and medicine. Cambridge : Cambridge University Press, 1997.

- BEAGLEHOLE, R. ; BONITA, R. ; KJELLSTROM, T. – Epidemiologia básica. 1ª Edição, Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Julho de 2003.
- BENEDETTI, M. M. – The cost of diabetes type II in Europe : the CODE – 2 Study. **Diabetologia**. 45 : 7 (2002) S1-S4.
- BENNETT, P. – Introdução clínica à psicologia da saúde. 1ª edição. Lisboa : Climepsi editores, Junho de 2002. (Manuais Universitários; 23)
- BENYAMINI, Y. ; GOZLAN, M. ; KOKIA, E. – On the self-regulation of health threat : cognitions, coping, and emotions among women undergoing treatment for infertility. **Cognitive Therapy and Research**. 28 : 5 (2004) 577-592.
- BISHOP, G. D. – Health psychology : integrating mind and body. Upper Saddle River, NJ : Allyn and Bacon, 1994.
- BOOT, C. R. L. ; HEIJMANS, M. ; VAN DER GULDEN, J. W. J. ; RIJKEN, M. – The role of illness perceptions in labor participation of chronically ill. [Em Linha] **International Archives Occupational Environmental Health**. 82 (2008) 13-20. [Consul. 13 de Abril de 2011]. Disponível em <http://www.springerlink.com/content/c6t03500w8246353/fulltext.pdf>
- BRAWLEY, L. R. ; CULOS-REED, S. N. – Studying adherence to therapeutic regimens : overview, theories, recommendations. [Em linha]. **Controlled Clinical Trials**. 21 (2000) 156S:163S.
- BROADBENT, E. ; DONKIN, L. ; STROH, J. C. – Illness and treatment perceptions are associated with adherence to medications , diet , and exercise in diabetic patients. [Em Linha] **Diabetes Care**. 34 (2011) 338-340.
- BROADBENT, E. ; PETRIE, K. J. ; MAIN, J. ; WEINMAN, J. – The brief illness perception questionnaire. **Journal of Psychosomatic Research**. 60 (2006) 631-637.
- BUGALHO, A ; CARNEIRO, A. V. – Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas. Lisboa: Centro de estudos de medicina baseada na evidência : faculdade de medicina da universidade de Lisboa, 2004.
- CANADIAN DIABETES ASSOCIATION – Canadian Diabetes Association 2008 : Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. [Em linha]. **Canadian Journal of Diabetes**. 32 : Suppl 1 (2008) S1-S201. Toronto : Canadian Diabetes Association, 2008. [Consult. 29 de Novembro de 2010]. Disponível em <http://www.diabetes.ca/files/cpg2008/cpg-2008.pdf>.
- CHERRINGTON, C. C. ; MOSER, D. K. ; LENNIE, A. T. ; KENNEDY, C. W. – Illness representation after acute myocardial infarction: Impact on in-hospital recovery. [Em Linha] **American Journal Critical Care**. 13 (2004) 136-145. [Consult. Março de 2011]. Disponível em <http://ajcc.aacnjournals.org/content/13/2/136.full.pdf+html>

- COLAGIURI, R. – Diabetes : a pandemic , a development issue or both ?. [Em linha]. **Expert Review of Cardiovascular Therapy**. 8 : 3 (2010) 305-309. [Consult. 6 de Fevereiro de 2011]. Disponível em <http://www.expert-reviews.com/doi/abs/10.1586/erc.10.12>
- CORREIA DE SOUSA, M. R. M. G. ; MCINTYRE, T. – Conhecimento do diabético sobre a doença e a repercussão no tratamento. [Em Linha] **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. 21 : 4 (2008) 281-289. [Consult. 13 de Abril de 2011]. Disponível em <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/408/40811508009.pdf>
- CRAMER, J. A. – A systematic review of adherence with medications for diabetes. [Em linha] **Diabetes Care**. 27 (2004) 1218–1224. [Consult. 27 de Fevereiro de 2011]. Disponível em <http://care.diabetesjournals.org/content/27/5/1218.full.pdf+html>.
- DELAMETAR, A. M. - Improving patient adherence. [Em linha]. **Clinical Diabetes**. 24 : 2 (2006) 71-77. [Consult. 27 de Fevereiro de 2011]. Disponível em <http://clinical.diabetesjournals.org/content/24/2/71.full.pdf+html>.
- DUARTE, R. – Tratar a diabetes hoje em Portugal : recomendações para o tratamento da Diabetes Mellitus Tipo 2 : uma revisão crítica em 2009 : Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Diabetologia, Tomar, 27 e 28 de Março de 2009. **Revista Portuguesa de Diabetes**. 4 : 3 Suppl. (2009) 28-42. [Consult. 7 de Março de 2011]. Disponível em <http://www.spd.pt/images//rpd%20setembro%202009-%20suplemento.pdf>.
- DUARTE, R. ; VAN ZELLER, P. - Diabetologia clínica : alterações oculares na diabetes. In: DUARTE, R., et al., colab. - Diabetologia clínica. Cap. 20. Lisboa : Lidel, 2002. 263-276.
- FALCÃO, I. M. ; PINTO, C. ; SANTOS, J. ; FERNANDES, M. L. ; RAMALHO, L. ; PAIXÃO, E. ; FALCÃO, J. M. – Estudo de prevalência da diabetes e das suas complicações numa coorte de diabéticos portugueses : um estudo na rede médicos-sentinela. [Em linha] **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. 24 (2008) 679-92. [Consult. 7 de Março de 2011]. Disponível em http://www.apmcg.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginalId=33568&artId=786.
- FERREIRA, M. M. P. ; VERÍSSIMO, M. T. – Melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados de saúde ao doente diabético tipo 2. [Em linha]. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 26 : 2 (Julho/Dezembro 2008) 37-60. [Consult. 9 de Janeiro de 2011]. Disponível em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/rpsp-2-2008/04.pdf>.
- FERREIRA, P. L. – Qualidade de vida e diabetes. [Em linha]. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. 18 (2002) 402-8. [Consult. 2 de Março de 2011]. Disponível em http://www.apmcg.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginalId=33568&artId=634.

- FERREIRA, P. L. ; ANTUNES, P. ; PORTUGAL, S. – O valor dos cuidados primários : perspectiva dos utilizadores das USF – 2009. 1ª edição. Lisboa: Ministério da Saúde , Missão para os Cuidados de Saúde Primários, Abril 2010.
- FIGUEIRAS, M. I. ; ALVES, N. C. – Lay perceptions of serious illnesses : an adapted version of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) for healthy people. **Psychology & Health**. 22 : 2 (2007) 143-158.
- FIGUEIRAS, M. J. ; MACHADO, V. A. ; ALVES, N. C. – Os modelos de senso-comum das cefaleias crónicas nos casais : relação com o ajustamento marital. [Em Linha] **Análise psicológica**. 1 (XX) (2002) 77-90. [Consult. Janeiro de 2011]. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v20n1/v20n1a08.pdf>
- GALLEGO, M. R. – Diabetes em cuidados primários. [Em linha]. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 2 (2001) 95-100. [Consult. 10 de Fevereiro de 2011]. Disponível em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-09-2001.pdf>
- GIMENES, H. T. ; ZANETTI, M. L. ; HAAS, V. J. – Factors related to patient adherence to antidiabetic drug therapy. [Em Linha] **Revista Latino-americana de Enfermagem**. 17 : 1 (2009) 46-51. [Consult. 13 de Abril de 2011]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000100008&script=sci_arttext&lng=pt
- GOEBEL, W. ; KRETZCHMAR-GROSS, T. – Retinal thickness in diabetic retinopathy : a study using optical coherence tomography (OCT). **Journal of Retinal and Vitreous Diseases**. 22 : 6 (2002) 759-767.
- HAGGER, M. S. ; ORBELL, S. – A confirmatory factor analysis of the revised illness perception questionnaire (IPQ-R) in cervical screening context. [Em linha]. **Psychology and Health**. 20 : 2 (2005) 161-173. [Consult. 6 de Fevereiro de 2011]. Disponível em [http://www.essex.ac.uk/psychology/psy/people/orbell/Hagger%20and%20Orbell%20\(2005\).pdf](http://www.essex.ac.uk/psychology/psy/people/orbell/Hagger%20and%20Orbell%20(2005).pdf)
- HAMPSON, S. E. – Illness representations and self-management of diabetes. In PETRIE, K. J. ; WEINMAN, J. A. – Perceptions of health & illness : current research and applications. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 1997. 323-347.
- HARVEY, J. N. ; LAWSON, V. L. – The importance of health beliefs models in determining self-care behaviour in diabetes. [Em Linha] **Diabetic Medicine** 26 (2009) 5-13. [Consult. Abril de 2011] <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1464-5491.2008.02628.x/pdf>

- HEIJMANS, M. ; RIDDER, D. – Assessing illness representations of chronic illness : explorations of their disease-specific nature. **Journal of Behaviour Medicine**. 21 : 5 (February 1998) 485-503.
- INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION – Global Guideline for type 2 diabetes : Clinical Guidelines Task Force, 2005. Brussels : International Diabetes Federation, 2005. [Consult. 18 de Novembro de 2010]. Disponível em www.idf.org.
- INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION – Recomendações para o tratamento da glicemia pós-prandial. Brussels : International Diabetes Federation, 2007. [Consult. 16 de Janeiro de 2011]. Disponível em http://www.idf.org/webdata/docs/Portuguese%20P_GMPG%20Final%20110108.pdf.
- LAWSON, V. L. ; BUNDY, C. ; HARNEY, J. N. – The influence of health threat communication and personality traits on personal models of diabetes in newly diagnosed diabetic patients. [Em Linha] **Diabetic Medicine**. 24 (2007) 883-891.
- LYONS, A. C. ; CHAMBERLAIN, K. – Health psychology : a critical introduction. 1st edition. New York : Cambridge University Press, 2006.
- MALHEIROS, J. V. – O *empowerment* dos doentes. In CAMPOS, L. ; BORGES, M. ; PORTUGAL, R. – Governação dos hospitais. 1^a Edição. Alfragide: Casa das Letras, Outubro de 2009. 267-287.
- MICHELS, M. J. ; CORAL, M. H. C. ; SAKAE, T. M. ; DAMAS, T. B. ; FURLAMNETTO, L. M. – Questionário de actividades de autocuidado com a diabetes : tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. [Em linha]. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**. 54 (7) (2010) 644-651. [Consult. 27 de Fevereiro de 2011]. Disponível <http://www.scielo.br/pdf/abem/v54n7/09.pdf>.
- MOSS-MORRIS, R. ; PETRIE, K. J. ; WEINMAN, J. – Functioning in chronic fatigue syndrome : do illness perceptions play a regulatory role? **British Journal of Health Psychology**. 1 (1996) 15-25.
- MOSS-MORRIS, R. ; WEINMAN, J. ; PETRIE, K. ; HORNE, R. ; CAMERON, L. ; BUICK, D. – The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). [Em linha]. **Psychology & Health**. 17 : 1 (2002) 1-16. [Consult. 27 de Outubro de 2010]. Disponível em http://www.fmhs.auckland.ac.nz/som/psychmed/petrie/_docs/2002_IPQ-R.pdf
- NASCIMENTO DO Ó, D. ; LOUREIRO, I. – Adesão ao regime terapêutico da diabetes. [Em linha]. **Revista Portuguesa de Diabetes**. 2 (2007) 18-21. [Consult. 6 de Dezembro de 2010]. Disponível em http://www.evolute.pt/~spd/ficheiros_joomla/revista/diabetes_2_2007_06.pdf
- OGDEN, J. – Psicologia da saúde. 1^a edição. Lisboa : Climepsi Editores, Maio de 1999. (Manuais Universitários; 11).

- OGDEN, J. – Psicologia da saúde. 2ª edição. Lisboa : Climepsi Editores, Janeiro de 2004. (Manuais Universitários; 11).
- PASCHALIDES, C. ; WEARDEN, A. J. ; DUNKERLEY, R. ; BUNDY, C. ; DAVIES, R. ; DICKENS, C. M. – The associations of anxiety, depression and personal illness representations with glycaemic control and health-related quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. [Em Linha] **Journal of psychosomatic research**. 57 (2004) 557-564.
- PETRICEK, G. ; VRCIC-KEGLEVIC, M. ; VULETIC, G. ; CEROVECKI, V. ; OZVACIC, Z. ; MURGIC, L. – Illness perception and cardiovascular risk factors in patients with type 2 diabetes : cross-sectional questionnaire study. [Em Linha] **Croatian Medical Journal**. 50 (2009) 583-93. [Consult. Setembro de 2010]. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2802092/pdf/CroatMedJ_50_0583.pdf
- PETRIE, K. J. ; WEINMAN, J. A. – Perceptions of health & illness : current research and applications. Amsterdam : Harwood Academic Publishers, 1997.
- PEYROT, M. ; RUBIN, R. R. ; LAURITZEN, T. ; SKOVLUND, S. E. ; SNOEK, F. J. ; MATTHEWS, D. R. ; LANDGRAF, R. – Patient and provider perceptions of care for diabetes : results of the cross-national DAWN study. [Em Linha] **Diabetologia**. 49 (2006) 279-288. [Consult. 13 de Abril de 2011]. Disponível em <http://www.springerlink.com/content/y1t6308508300261/fulltext.pdf>
- PINA e BRITO, C. – Prevenção da Diabetes tipo 2 : consenso da “International Diabetes Federation” 2007. [Em linha]. **Revista Portuguesa de Diabetes**. 1 (2007) 34-37. [Consult. 9 de Janeiro de 2011]. Disponível em http://www.evolute.pt/~spd/ficheiros_joomla/revista/diabetes_2_2007_06.pdf.
- PITTS, M. ; PHILLIPS, K. – The psychology of health : an introduction. Second edition. London: Routledge, 1998.
- PORTUGAL. ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE. Cuidados de saúde a portadores de diabetes *mellitus*. Porto: Entidade reguladora da saúde, 2011.
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS – Diagnóstico e classificação da diabetes mellitus. Lisboa : Direcção Geral da Saúde, 2011a. (Norma 002/2011).
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS – Educação terapêutica na Diabetes Mellitus. Lisboa : Direcção Geral da Saúde, 2000. (Circular Informativa; 14/DGCG 2000).
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS – Programa nacional de prevenção e controlo da diabetes. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2008.
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS – Terapêutica da diabetes mellitus tipo 2 : metformina. Lisboa : Direcção Geral da Saúde, 2011b. (Norma 001/2011).

- PORTUGAL. OBSERVATÓRIO NACIONAL DA DIABETES – Diabetes : factos e números 2010 : relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes. [Em linha]. Lisboa : Observatório Nacional da Diabetes, 2011. [Consult. 7 de Fevereiro de 2011]. Disponível em www.dgs.pt
- PORTUGAL. OBSERVATÓRIO NACIONAL DA DIABETES – Diabetes : factos e números 2009 : relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes. [Em linha]. Lisboa : Observatório Nacional da Diabetes, 2010. [Consult. 10 de Novembro de 2010]. Disponível em www.dgs.pt
- ROGLIC, G. ; UNWIN, N. ; BENNETT, P. ; MATHERS, C. ; TUOMILEHTO, J. ; NAG, S. ; CONNOLLY, V. ; KING, H. – The burden of mortality attributable to diabetes : realistic estimates for the year 2000. [Em linha] **Diabetes Care**. 28 (September 2005) 2130-2135. [Consult. 6 de Fevereiro de 2011]. Disponível em <http://care.diabetesjournals.org/content/28/9/2130.full.pdf+html>.
- ROSS, S. ; WALKER, A. ; MACLEOD, M. J. – Patient compliance in hypertension : role of illness perceptions and treatment beliefs. [Em Linha] **Journal of Human Hypertension**. 18 (2004) 607-613. [Consult. 18 de Outubro de 2010]. Disponível em <http://www.nature.com/jhh/journal/v18/n9/pdf/1001721a.pdf>
- SARAIVA, J. ; GOMES, L. ; CARVALHEIRO, M. – Classificação e diagnóstico da *diabetes mellitus* : o que há de novo em 2010. [Em Linha] **Revista Portuguesa de Diabetes**. 5 : 2 (2010) 77-82. [Consult. 6 de Fevereiro de 2011]. Disponível em http://www.spd.pt/images/rpd_jun10.pdf
- SEARLE, A. ; NORMAN, P. ; THOMPSON, R. ; VEDHARA, K. – Illness representations among patients with type 2 diabetes and their partners : relationships with self-management behaviours. [Em Linha] **Journal of psychosomatic research**. 63 (2007) 175-184.
- SEARLE, A. ; WETHERELL, M. A. ; CAMPBELL, R. ; DAYAN, C. ; WEINMAN, J. ; VEDHARA, K. – Do Patients` Beliefs about type 2 diabetes differ accordance with complications : An investigation into diabetic foot ulceration and retinopathy. [Em Linha] **International Journal of Behavioural Medicine**. 15 (2008) 173-179.
- SHILOH, S. – Illness representations , self-regulation , and genetic counselling : a theoretical review. [Em Linha] **Journal of genetic counseling**. 15 (2006) 325-337.
- SHUMAKER, S. A. ; SCHRON, E. B. ; OCKENE, J. K. ; MCBEE, W. L. – The handbook of health behavior change. Second edition. United States of America: Springer publishing company, 1998.
- SILVA, I. ; PAIS-RIBEIRO, J. ; CARDOSO, H. – Adesão ao tratamento da diabetes mellitus : a importância das características demográficas e clínicas. [Em linha]. **Referência**. IIª Série : 2 (2006a) 33–41. [Consult. 18 de Novembro de 2010].

Disponível

em

http://www.esenfc.pt/esenfc/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=22&id_rev=4&id_edicao=6.

SILVA, I. ; PAIS-RIBEIRO, J. ; CARDOSO, H. – A abordagem do *empowerment* na doença crónica. In: LEAL, I. – Perspectivas em psicologia da saúde. Coimbra: Quarteto, 2006b.

SILVA, I. ; PAIS-RIBEIRO, J. ; CARDOSO, H. ; RAMOS, H. – Questionário de auto-cuidados na diabetes : contributo para a criação de um instrumento de avaliação e adesão ao tratamento. **Psiquiatria Clínica**. 23 (3) (2002) 227–237.

SKINNER, T. C. ; DAVIES, M. J. ; FAROOQIT, A. M. ; JARVIS, J. ; TRINGHAM, J. R. ; KHUNTI, K. – Diabetes screening anxiety and beliefs. **Diabetic Medicine**. 22 : 11 (2005) 1497-1502.

SKINNER, T. C. ; HAMPSON, S., E. – Personal models of diabetes in relation to self-care , well-being , and glycemic control : a prospective study in adolescence. [Em linha]. **Diabetes Care**. 24 (2001) 828-833. [Consult. 20 de Março de 2011]. Disponível em <http://care.diabetesjournals.org/content/24/5/828.full.pdf+html>

SKINNER, T. C. ; HOWELLS, L. ; GREENE, S. ; EDGART, K. ; McEVILLY, A. ; JOHANSSON, A. – Development , reliability and validity of diabetes illness representations questionnaire : four studies with adolescents. [Em Linha] **Diabetic Medicine**. 20 (2003) 283–289.

SUTTON, S. ; BAUM, A. ; JOHNSTON, M. – The Sage handbook of health psychology. London : Sage Publications, 2004.

TOOBERT, D. J. ; HAMPSON, S. E. ; GLASGOW, R. E. – The summary f diabetes self-care activities measure : results from 7 studies and a revised scale. [Em linha]. **Diabetes Care**. 23 : 7 (July 2000) 943-950. [Consult. 6 de Fevereiro de 2011]. Disponível em <http://care.diabetesjournals.org/content/23/7/943.full.pdf+html>

VERMEIRE, E. ; HEARNshaw, H. ; ROYEN, V ; DENEKENS, J. – Patient adherence to treatment : three decades of research – a comprehensive review. [Em linha]. **Journal of clinical pharmacy and therapeutics**. 26 (2001) 331-342.

VERMEIRE, E. ; ROYEN, P. V. ; COENEN, S. ; WENS, J. ; DENEKENS, J. – The adherence of type 2 diabetes patients to their therapeutic regimens : a qualitative study from the patient's perspective. **Practical Diabetes International**. 20 : 6 (July/August 2003) 209-214.

WATKINS, K. W. ; CONNELL, C. M. ; FITZGERALD, J. T. ; KLEM, L. ; HICKEY, T. ; INGERSOLL-DAYTON, B. – Effect of adults` self-regulation of diabetes on quality – of – life outcomes. [Em linha]. **Diabetes Care**. 23 (2000) 1511-1515. [Consult. 20 de

Março de 2011]. Disponível em <http://care.diabetesjournals.org/content/23/10/1511.full.pdf+html>

WEINGER, K. ; BUTLER, H. A. ; WELCH, G. W. ; LA GRECA, A. M. – Measuring diabetes self-care : a psychometric analysis of the self-care inventory-revised with adults. [Em Linha] **Diabetes Care**. 28 : 6 (2005) 1346-1352. [Consult. 13 de Abril de 2011] Disponível em <http://care.diabetesjournals.org/content/28/6/1346.full.pdf>

WHO – Adherence to long-term therapies : evidence for action. [Em linha]. Geneva : World Health Organization, 2003a. [Consult. 9 de Janeiro de 2011]. Disponível em http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf.

WHO - Chronic disease - key risk factors include high cholesterol, high blood pressure, low fruit and vegetable intake. [Em linha]. [Geneva] : World Health Organization, 2003b. [Consult. 20 de Março de 2011]. Disponível em: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/gs_chronic_disease.pdf.

WHO – Cluster strategy : noncommunicable diseases and mental health 2008–2013. [Em linha]. Geneva : World Health Organization, 2010. [Consult. 27 de Fevereiro de 2011] Disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_NMH_2009.2_eng.pdf.

WILD, S. ; ROGLIC, G. ; GREEN, A. ; SIGREE, R. ; KING, H. – Global prevalence of diabetes : estimates for the year 2000 and projections for 2030. [Em linha]. **Diabetes Care**. 27 (May 2004) 1047–1053. [Consult. 6 de Fevereiro de 2011]. Disponível em <http://care.diabetesjournals.org/content/27/5/1047.full.pdf+html>.

X - ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMENTO INFORMADO

Projecto de Mestrado em Saúde Pública

Este estudo foi elaborado no âmbito de um projecto de investigação de mestrado, cujo objectivo principal é verificar a existência de relação entre a percepção que o diabético tem da sua doença e a adesão às actividades de auto-cuidado na diabetes. Neste sentido, gostaríamos de convidá-lo a participar neste estudo que consiste na aplicação de dois questionários e no preenchimento, pelo investigador, de uma ficha de caracterização do utente.

O estudo tem como finalidade verificar a relação entre as representações da doença e a adesão ao tratamento, no âmbito da diabetes tipo 2, com vista a gerar conhecimento que permita melhorar os cuidados de saúde prestados ao doente diabético.

A sua participação é voluntária, sendo igualmente livre de desistir a qualquer momento, sem que por isso seja alterado o seu plano de tratamento. Agradecemos que preenchesse os questionários em anexo, após a leitura atenta desta informação e quando considerar não tiver dúvidas quanto aos seus direitos enquanto participante.

Este estudo foi autorizado pelo Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde e pelo Coordenador do Conselho Clínico do Agrupamento de Centros de Saúde, à qual a sua Unidade de Saúde Familiar pertence.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____ declaro que autorizo a recolha dos meus dados clínicos, de forma livre e esclarecida, para a realização do projecto de investigação, cujos objectivos me foram explicados anteriormente.

Data: ____/____/____

Assinatura do Utente: _____

Assinatura do(a) investigador(a): _____

ANEXO 2

AUTORIZAÇÕES

Exmo. Sr. Coordenador do Conselho
Clínico do Agrupamento de Centros de
Saúde (ACES)
Portugal

Assunto: Autorização para a recolha de dados dos utentes da Unidade de Saúde Familiar, para a realização do projecto final do Curso de Mestrado em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa.

Eu, Joana Isabel Roque Fernandes Malta, licenciada em Ciências da Nutrição pelo Instituto Superior de Ciências da Saúde – Egas Moniz, e mestranda em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa, venho por este meio solicitar a V. Exa. autorização para a recolha de dados dos utentes inseridos na consulta de diabetes da referida Unidade de Saúde Familiar, para a concretização do projecto de investigação do curso de mestrado que frequento.

Este projecto de investigação, cuja temática de investigação é “Diabetes: Percepção da Doença e Auto-cuidado”, é de elevado interesse público, uma vez que a diabetes *mellitus* tipo 2 é uma doença crónica, cada vez mais frequente na nossa sociedade, associada a complicações graves, e cuja adesão ao tratamento (mudança de comportamentos e estilo de vida e/ ou terapêutica farmacológica) é frequentemente baixa.

As técnicas para a recolha de dados serão a aplicação de 2 questionários e o preenchimento de uma ficha de caracterização, pelo investigador.

Esperando receber a vossa maior atenção,

Pede deferimento

Joana Malta

Exmo. Sr. Presidente do Conselho
Directivo da Administração Regional de
Saúde (ARS)
Portugal

Assunto: Autorização para a recolha de dados dos utentes da Unidade de Saúde Familiar, para a realização do projecto final do Curso de Mestrado em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa.

Eu, Joana Isabel Roque Fernandes Malta, licenciada em Ciências da Nutrição pelo Instituto Superior de Ciências da Saúde – Egas Moniz, e mestranda em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa, venho por este meio solicitar a V. Exa. autorização para a recolha de dados dos utentes inseridos na consulta de diabetes da Unidade de Saúde Familiar, para a concretização do projecto de investigação do curso de mestrado que frequento.

Este projecto de investigação, cuja temática de investigação é “Diabetes: Percepção da Doença e Auto-cuidado”, é de elevado interesse público, uma vez que a diabetes *mellitus* tipo 2 é uma doença crónica, cada vez mais frequente na nossa sociedade, associada a complicações graves, e cuja adesão ao tratamento (mudança de comportamentos e estilo de vida e/ ou terapêutica farmacológica) é baixa.

As técnicas para a recolha de dados serão a aplicação de 2 questionários e o preenchimento de uma ficha de caracterização, pelo investigador.

Esperando receber a vossa maior atenção,

Pede deferimento

Joana Malta

ANEXO 3

FICHA DE CARACTERIZAÇÃO

FICHA DE CARACTERIZAÇÃO

Número de Identificação: _____

Data: ____/____/____

A. Caracterização socio-demográfica

1. Sexo

☐ Feminino ☐ Masculino

2. Idade: _____ anos

3. Grupo étnico

- ☐ Branco/Europeu
- ☐ Asiático
- ☐ Africano
- ☐ Indiano
- ☐ Outros

4. Estado civil

- ☐ Solteiro
- ☐ Casado
- ☐ Divorciado
- ☐ Viúvo
- ☐ Separado
- ☐ União de facto

5. Habilitações literárias

- ☐ Não sabe ler nem escrever
- ☐ 1º Ciclo do ensino básico
- ☐ 2º Ciclo do ensino básico
- ☐ 3º Ciclo do ensino básico
- ☐ Ensino superior
- ☐ Curso profissional

6. Actividade profissional

- ☐ Reformado
- ☐ Quadros superiores da administração pública, dirigente e quadros superiores
- ☐ Técnico e profissional de nível intermédio de empresa
- ☐ Pessoal administrativo e similares
- ☐ Pessoal dos serviços e vendedor
- ☐ Agricultor e trabalhador qualificado da agricultura e pescas
- ☐ Operário artífice e trabalhador similar
- ☐ Operador de instalações e máquinas e trabalhador de montagem
- ☐ Trabalhador não qualificado
- ☐ Desempregado

B - Caracterização clínica

7. Duração do diagnóstico da diabetes: _____ meses

8. Terapêutica da diabetes

- ☐ Adequação do estilo de vida
- ☐ Antidiabéticos orais
- ☐ Insulina
- ☐ Antidiabéticos orais e Insulina

9. Outras patologias

- ☐ Sim ☐ Não

10. Diagnóstico de complicações, micro e/ou macro vasculares, inerentes à diabetes:

- ☐ Sim ☐ Não

11. Auto-avaliação da glicemia

- ☐ Sim ☐ Não

ANEXO 4

IPQ- R, traduzido e adaptado para a diabetes tipo 2

**INQUÉRITO DE PERCEPÇÃO DA DOENÇA – REVISTO, TRADUZIDO PARA PORTUGUÊS
E ADAPTADO PARA A DIABETES TIPO 2**

Número de Identificação: _____

Data: ____/____/____

A. Indique, marcando com um círculo (sim ou não), se acha que desde o diagnóstico da diabetes já sentiu estes sintomas

Alguma vez sentiu este sintoma

1.Dores	Sim	Não
2.Vontade frequente de comer	Sim	Não
3.Náuseas	Sim	Não
4.Falta de ar	Sim	Não
5.Perda de peso	Sim	Não
6.Fadiga (cansaço)	Sim	Não
7.Dor no peito	Sim	Não
8.Rigidez nas articulações	Sim	Não
9.Irritabilidade	Sim	Não
10.Muita sede	Sim	Não
11.Dores de cabeça	Sim	Não
12.Indisposição de estômago	Sim	Não
13.Dificuldade em dormir	Sim	Não
14.Tonturas	Sim	Não
15.Perda de forças	Sim	Não

B. Indique, marcando com um círculo (sim ou não), se acha que estes sintomas estão relacionados com a diabetes

	Este sintoma está relacionado com a diabetes	
1.Dores	Sim	Não
2.Vontade frequente de comer	Sim	Não
3.Náuseas	Sim	Não
4.Falta de ar	Sim	Não
5.Perda de peso	Sim	Não
6.Fadiga (cansaço)	Sim	Não
7.Dor no peito	Sim	Não
8.Rigidez nas articulações	Sim	Não
9.Irritabilidade	Sim	Não
10.Muita sede	Sim	Não
11.Dores de cabeça	Sim	Não
12.Indisposição de estômago	Sim	Não
13.Dificuldade em dormir	Sim	Não
14.Tonturas	Sim	Não
15.Perda de forças	Sim	Não

C. Estamos interessados na sua opinião sobre a diabetes. Indique o seu acordo ou desacordo com as seguintes afirmações, colocando uma cruz no quadrado que ache apropriado para o seu caso. Não há respostas certas nem erradas.

	Discordo plenamente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Plenamente
1. A diabetes dura pouco tempo					
2. A diabetes é uma doença mais permanente que temporária					
3. A diabetes dura muito tempo					
4. A diabetes passa depressa					
5. A diabetes dura para o resto da vida					
6. A diabetes é grave					
7. A diabetes afecta seriamente a forma como o doente se vê enquanto pessoa					
8. A diabetes causa sérias consequências económicas					
9. A diabetes causa dificuldades àqueles que estão próximos do doente					
10. O que eu faço pode determinar se a diabetes melhora ou piora					
11. A evolução da diabetes depende de mim					
12. As minhas acções não terão efeito no controlo da minha diabetes					
13. O tratamento é eficaz na cura da diabetes					
14. Os efeitos negativos da diabetes poderão ser prevenidos ou evitados pelo tratamento					
15. O tratamento da diabetes pode controlar a doença					
16. Os sintomas da diabetes confundem-me					
17. A diabetes é um mistério para mim					
18. Não compreendo a diabetes					
19. Os sintomas da diabetes vêm e vão em ciclos					
20. A diabetes é muito imprevisível					
21. A diabetes passa por fases em que melhora ou piora					
22. Fico deprimido(a) quando penso sobre a diabetes					
23. Quando penso sobre a diabetes fico perturbado(a)					
24. A diabetes faz-me sentir zangado(a)					
25. Fico ansioso(a) quando penso sobre a diabetes					

	Discordo plenamente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Plenamente
26. A diabetes faz-me sentir medo					
27. A diabetes tem grandes consequências na minha vida					
28. A diabetes não tem grande efeito na minha vida					
29. Nada que eu faça pode afectar a diabetes					
30. Eu tenho o poder de influenciar a diabetes					
31. Pouco pode ser feito para melhorar a minha diabetes					
32. Há muita coisa que eu posso fazer para controlar os sintomas da diabetes					
33. Não há nada que ajude a minha diabetes					
34. A minha diabetes vai melhorar com o tempo					
35. A diabetes não faz qualquer sentido para mim					
36. Percebo perfeitamente a minha diabetes					
37. Os sintomas da diabetes mudam bastante ao longo do dia					
38. A diabetes não me preocupa					

D. Gostaríamos de saber o que considera ser causa da diabetes. Como as pessoas são muito diferentes, não há respostas certas para esta questão. Estamos mais interessados nas suas opiniões acerca dos factores que causam esta doença, do que nas opiniões de outros, incluindo o que médicos ou outras pessoas lhe possam ter sugerido.

Abaixo encontra-se uma lista de causas possíveis para a diabetes. Indique o quanto concorda ou discorda com estas causas, marcando com um X o quadrado apropriado.

	Discordo plenamente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
1.Stress ou preocupação					
2.Hereditariedade (é de família)					
3.Excesso de peso					
4.Tipo de alimentação					
5.Destino ou má sorte					
6.Poluição do ambiente					
7.O meu estado emocional (como por ex.: sentir-me em baixo, só, ansioso, vazio)					
8.O meu próprio comportamento					
9.Pouca assistência médica no passado					
10.Acidente ou lesão					
11.A minha personalidade (a minha maneira de ser)					
12.Envelhecimento					
13.Um micróbio ou um vírus					
14.A minha atitude mental, como por ex.: pensar sobre a vida de uma forma negativa					
15.Alteração das defesas do organismo					
16.Problemas familiares ou preocupações					
17.Excesso de trabalho					

E. Enuncie, por ordem de importância, os três factores que lhe parecem ser as causas da diabetes. Pode usar qualquer uma das causas referidas no quadro anterior, ou outras que considere importantes.

1. _____
2. _____
3. _____

ANEXO 5

ESCALA DE ACTIVIDADES DE AUTO-CUIDADO NA DIABETES

ESCALA DE ACTIVIDADES DE AUTO-CUIDADO NA DIABETES

Número de Identificação: _____

Data: ____/____/____

As perguntas que se seguem questionam-no acerca dos cuidados com a diabetes durante os últimos sete dias. Se esteve doente durante os últimos sete dias, por favor lembre-se dos últimos setes dias em que não esteve doente.

- | | Nº de dias |
|---|-----------------|
| 1. Alimentação geral | |
| a. Em quantos dos últimos sete dias seguiu uma alimentação saudável? | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| b. Em média, durante o último mês, quantos dias por semana seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde? | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| c. Em quantos dos últimos sete dias comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluindo os da sopa)? | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 2. Alimentação específica | |
| a. Em quantos dos últimos sete dias comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)? | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| b. Em quantos dos últimos sete dias comeu pão acompanhando a refeição do almoço e jantar? | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| c. Em quantos dos últimos sete dias misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão? | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| d. Em quantos dos últimos sete dias consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições? | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| e. Em quantos dos últimos sete dias consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições? | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| f. Em quantos dos últimos sete dias comeu alimentos doces como bolos, pastéis, compotas, mel, marmelada ou chocolate? | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 3. Actividade física | |
| a. Em quantos dos últimos sete dias praticou actividade física durante, pelo menos, 30 minutos? | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| b. Em quantos dos últimos sete dias praticou uma sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da actividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho? | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 4. Monitorização da glicemia | |
| a. Em quantos dos últimos sete dias avaliou o açúcar no sangue? | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| b. Quantos dias por semana lhe foi recomendado que avaliasse o açúcar no sangue pelo seu médico, enfermeiro ou farmacêutico? | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 5. Cuidados com os pés | |
| a. Em quantos dos últimos sete dias examinou os seus pés? | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| b. Em quantos dos últimos sete dias lavou os seus pés? | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| c. Em quantos dos últimos sete dias secou os espaços entre os dedos dos pés, depois de os lavar? | 0 1 2 3 4 5 6 7 |

6. Medicamentos

a. Em quantos dos últimos sete dias, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes? 0 1 2 3 4 5 6 7

OU (se insulina ou comprimidos)

b. Em quantos dos últimos sete dias, tomou, conforme lhe foi indicado, injeções de insulina? 0 1 2 3 4 5 6 7

c. Em quantos dos últimos sete dias, tomou o número indicado de comprimidos da diabetes? 0 1 2 3 4 5 6 7

7. Hábitos tabágicos

a. Você fumou um cigarro, ainda que só uma passa, durante os últimos sete dias?

Não ☐ Sim ☐

b. Se sim, quantos cigarros fuma habitualmente, num dia? Número de cigarros: _____

c. Quando fumou o seu último cigarro?

☐ Nunca fumou ☐ Há mais de dois anos atrás ☐ Um a dois anos atrás ☐ Quatro a doze meses atrás

☐ Um a três meses atrás ☐ No último mês ☐ Hoje

ANEXO 6

TAMANHO DA AMOSTRA

Tabela 54. Tamanho da amostra para $p=0,95$. Distribuição do r (Algina ; Olejnik, 2003)

ρ	c			
	.05	.10	.15	.20
0.00	1538	385	172	97
0.05	1530	383	171	97
0.10	1507	378	168	95
0.15	1469	368	164	93
0.20	1417	355	159	90
0.25	1352	339	151	86
0.30	1274	319	143	81
0.35	1185	297	133	75
0.40	1086	273	122	69
0.45	979	246	110	63
0.50	866	218	98	56
0.55	750	189	85	49
0.60	632	160	72	42
0.65	515	131	60	35
0.70	402	103	47	28
0.75	297	77	36	23
0.80	202	53	27	18
0.85	120	34	19	13
0.90	60	20	12	9
0.95	21	9	6	5

ANEXO 7

ORÇAMENTO

Recursos Humanos	Número de unidades	Ordenado Base	Custo (€)
Investigador	1	1800/mês*	5.425
Recursos Materiais	Número de unidades	Custo unitário	Custo (€)
Papel A4	8 resmas	3,2 euros	25,6
Chamadas telefónicas	1.120 minutos	0,10 euros/minuto	112
Portátil	Custo de desgaste/utilização não contemplado		
Espaço físico	A ceder pela USF		
Sub-Total	5.562,60 €		
Custos imprevistos	5% do sub-total (excluindo o custo do investigador)		6,88 €
Custo Total	5.570 €		

* Contempla o trabalho exclusivo durante 3 meses, para a recolha de dados.

ANEXO 8

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ETAPAS \ ANO/MÊS	2010			2011									2012								
	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET
Escolha do tema de investigação																					
Revisão da literatura																					
Realização do quadro conceptual																					
Formulação de objectivos e hipóteses de investigação																					
Delineamento de investigação																					
Entrega do Projecto na ENSP																					
Discussão pública do projecto																					
Preparação logística																					
Realização do pré-teste																					
Recolha de dados																					
Análise dos dados																					
Interpretação e discussão de resultados																					
Elaboração do relatório																					